UNIS dans TOUS les SENS

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2011-2012

pour S'ÉPAULER

pour VOIR LOIN

pour S'ALIMENTER

pour TENDRE L'OREILLE

pour AVOIR DU FLAIR

Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Québec

RAPPORT
ANNUEL DE GESTION
2011-2012

Conception
Pop grenade

Coordination et adaptation des textes
Geneviève Blain

Contribution
Nous tenons à remercier le personnel des différentes directions de l'Agence qui a contribué à la production de ce document.

Correction et secrétariat
Odile Raiche
Isabelle Houde

Conception de la couverture
Acolyte communication

Dépôt légal – 2012
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN version PDF : 978-2-89340-267-3

Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes.

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Document disponible sur le site Internet de l'Agence
WWW.AGENCESSS04.QC.CA

RÉSOLUTION

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Mauricie
et du Centre-du-Québec
Québec

EXTRAIT DE PROCÈS-VERBAL

72e séance ordinaire du conseil d'administration
Mercredi 20 juin 2012 – 19 h 30 – Agence
Article : CAA-72-09

RÉSOLUTION CAA-2012-25

Rapport annuel de gestion 2011-2012 de l'Agence

CONSIDÉRANT les articles 340, 385.7 et 391 de la LSSSS exigeant que les agences déposent, au plus tard le 30 septembre de chaque année, un rapport de gestion portant sur l'année se terminant le 31 mars précédent et précisant les éléments devant figurer dans ce rapport;

CONSIDÉRANT l'analyse par les auditeurs externes du rapport annuel de gestion 2011-2012 de l'Agence;

CONSIDÉRANT la présentation du rapport annuel de gestion 2011-2012 lors de la présente séance et son examen par les membres du conseil d'administration de l'Agence;

SUR PROPOSITION DÛMENT APPUYÉE, IL EST RÉSOLU :

1. d'adopter le rapport annuel de gestion 2011-2012 de l'Agence;
2. de demander au président-directeur général de déposer au conseil d'administration de l'Agence un rapport de suivi de gestion unique suivant le dépôt du rapport annuel de gestion 2011-2012 à l'Assemblée nationale.

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

Copie certifiée conforme

Le secrétaire du conseil d'administration,

Fait à Trois-Rivières
Le 21 juin 2012

Jean-Denis Allaire
Président-directeur général

INTRODUCTION

Chaque année, le conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux doit informer la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec et rendre compte à l'Assemblée nationale du degré d'atteinte des résultats en lien avec les objectifs prévus au plan stratégique et à l'entente de gestion et d'imputabilité convenue avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Le rapport annuel de gestion vise ainsi à présenter l'information relative à l'atteinte des résultats quant à l'accessibilité aux services, à la qualité des services et à l'ajustement aux transformations.

Le lecteur retrouvera donc dans ce document :

- un portrait du territoire et du réseau régional de la santé et des services sociaux;
- une présentation des résultats significatifs atteints en cours d'exercice au regard de certaines responsabilités portées par l'Agence;
- une description des résultats obtenus en 2011-2012 relativement aux dossiers prioritaires de l'Agence et du réseau régional, suivant les objectifs poursuivis dans le cadre de la mise en œuvre du Plan stratégique 2010-2015;
- une synthèse des états financiers de l'Agence, un état de l'évolution de la situation financière du réseau et de la gestion du Programme de soutien aux organismes communautaires;
- la reddition de comptes relative à l'entente de gestion et d'imputabilité convenue entre l'Agence et le MSSS en 2011-2012.

En somme, le rapport annuel de gestion de l'Agence vise à répondre aux exigences des articles 340, 385.7 et 391 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) en présentant les informations requises par la Loi ou par le ministre.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ACRONYMES 11

MOT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 13

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS 17

SECTION 1 - PORTRAIT DU TERRITOIRE ET DE L'AGENCE 19

LA RÉGION SOCIOSANITAIRE DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC 19
Le territoire et la population 19
Le réseau régional de la santé et des services sociaux 22

L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC 28
La mission 28
L'organisation 29
Le conseil d'administration 33
Les instances consultatives au conseil d'administration 38
Les instances consultatives à la Présidence-direction générale 41
La qualité et la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux 46
Les services préhospitaliers d'urgence 49
La santé publique 49
La coordination intersectorielle 52
Les mécanismes d'information et de communication avec la population 54

LE PROJET RÉGIONAL 55
La mise en œuvre de la planification stratégique 55
La stratégie régionale d'optimisation 57

SECTION 2 - PLAN D'ACTION RÉGIONAL 2011-2013 : ÉTAT D'AVANCEMENT 59

1ER PROJET INTÉGRATEUR : LA PRÉVENTION ET LA GESTION INTÉGRÉE DES MALADIES CHRONIQUES 59
Action intersectorielle sur les principaux déterminants de la santé 60
Sensibiliser les partenaires intersectoriels 60
Identifier les convergences des ententes spécifiques de collaboration 60

Intégration de la prévention-promotion dans le continuum de services 60
Soutenir les pratiques cliniques préventives – abandon du tabagisme 60

Harmonisation, hiérarchisation et intégration des services 61
Implanter le programme d'éducation à la santé Ma santé à vie 61
Consolider le modèle de soins intégrés pour les personnes atteintes de MPOC 61
Mettre en place un outil de partage d'information clinique 61
Implanter la trajectoire clinique de l'hypertension artérielle en GMF 62

2e PROJET INTÉGRATEUR : LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN RÉGIONAL 2010-2015 SUR LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION *63*
Intégration de la prévention-promotion dans le continuum de services *63*
Prévenir les chutes chez les personnes âgées vivant à domicile *63*

Harmonisation, hiérarchisation et intégration des services *64*
Élaborer la stratégie et le plan de formation en gestion de cas (RSIPA) *64*
Actualiser l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier *64*
Intensifier les services de soutien à domicile de longue durée *65*
Augmenter le nombre de places en ressources résidentielles de proximité *66*

OBJECTIFS COMMUNS AUX PROJETS INTÉGRATEURS MALADIES CHRONIQUES ET VIEILLISSEMENT *67*
Accès à des services médicaux de première ligne dans une approche intégrée et interdisciplinaire *67*
Consolider les guichets d'accès pour la clientèle orpheline *67*
Implanter l'accueil clinique dans les CSSS urbains *67*
Introduire les infirmières praticiennes spécialisées en soins de 1re ligne (IPS-SPL) *68*

Harmonisation, hiérarchisation et intégration des services *69*
Le suivi et la gestion optimale des urgences *69*

Évaluation de la performance du réseau *70*
Élaborer un cadre évaluatif régional et des tableaux de bord sur la performance *70*

3e PROJET INTÉGRATEUR : LES RESSOURCES HUMAINES *71*
Mobiliser les ressources humaines et reconnaître leur contribution *71*
S'assurer de la disponibilité de la main-d'œuvre requise pour la pérennité de l'offre de service *71*
Optimiser l'utilisation des ressources *71*

Optimisation de l'utilisation des ressources *72*
Former les gestionnaires et implanter des projets d'optimisation dans les établissements *72*

Qualité de vie au travail *72*
L'agrément des établissements (volet mobilisation des ressources humaines) *72*
L'accréditation de type Entreprise en santé *73*

Développement des ressources humaines *73*
Apprécier la contribution du personnel *73*
Soutenir la relève professionnelle *74*
Développer les compétences et accompagner les gestionnaires *74*

Planification de la main-d'œuvre *74*
Mettre à jour les plans de main-d'oeuvre *74*
Actualiser la stratégie régionale de main-d'œuvre *75*
Optimiser l'utilisation de la main-d'oeuvre *76*

PRIORITÉS ET PLANS D'ACTION - PARACHÈVEMENT *77*
Développement des communautés locales *77*
L'instrumentation des communautés locales *77*

Accès à des services médicaux de première ligne dans une approche intégrée et interdisciplinaire 77
Le déploiement des GMF 77
L'implantation de cliniques réseau 78

Accès aux services diagnostiques et médicaux spécialisés 78
L'accès aux chirurgies électives, services diagnostiques et consultations en spécialité médicale 78

Intégration de la promotion-prévention dans le continuum de services 79
Les dépendances - recherche de cas et counseling sur la consommation d'alcool 79
Les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) 79
Le suicide - dépistage de la dépression chez certaines clientèles spécifiques 80
La mise en œuvre du Plan d'action régional et des plans d'action locaux en santé publique 80

Harmonisation, hiérarchisation et intégration de services 81
La réponse téléphonique du volet social du Service régional Info-Santé/Info-Social (SRISIS) 81
Les services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples : développement d'une offre de service régionale et implantation de quatre mesures spécifiques 82
Le Plan régional de lutte contre le cancer 83
Le Plan d'action régional en santé mentale 83
Le Plan d'accès pour les personnes ayant une déficience 84
La mise en œuvre des orientations régionales en dépendances 85
L'intervention concertée dans le cadre de l'offre de service pour les jeunes en difficulté et leur famille 86

Consolidation de notre culture réseau 87
Évaluer la gouvernance des PAR et du PSRRI 87

Intégration et circulation d'information clinique et de gestion 88
Le Plan stratégique régional en ressources informationnelles 88

Optimisation de l'utilisation des ressources 90
Les projets régionaux d'optimisation 90

Meilleures pratiques cliniques et de gestion 92
Convenir et implanter un mécanisme régional soutenant l'identification, la diffusion et l'adoption des meilleures pratiques 92

Innovation et transfert des connaissances 92
La reconnaissance de la région à titre de milieu universitaire 92
Les ententes spécifiques en matière de recherche et d'enseignement 93

Gestion des risques 93
La déclaration et la divulgation des incidents et accidents 93
L'application des mesures de contrôle 94
La surveillance des maladies nosocomiales 95

SECTION 3 - LA GESTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES 97

LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 97
La gestion du Programme de soutien aux organismes communautaires 97
L'augmentation du budget destiné aux organismes communautaires 100
Les données financières des organismes communautaires 101

LA SITUATION FINANCIÈRE DU RÉSEAU 111
Le bilan d'application de la Loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette 111
Les autorisations d'emprunt accordées aux établissements 112
Les données financières des établissements 113

LES ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE 115
Le rapport de la direction 115
Le rapport des vérificateurs sur les états financiers condensés 116
Les états financiers 117

SECTION 4 - LE BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ À LA FIN DE LA TREIZIÈME PÉRIODE FINANCIÈRE 2011-2012 139

ANNEXE A : CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE APPLICABLE AUX MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC 167

LISTE DES ACRONYMES

CCS	Centre de communication santé
CES	Chèque emploi-service
CH	Centre hospitalier
CHRTR	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CLSC	Centre local de services communautaires
CPE	Centre de la petite enfance
CR	Centre de réadaptation
CRDG	Comité régional des directeurs généraux
CRDITED MCQ - IU	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – institut universitaire
CRLCC	Comité régional de lutte contre le cancer
CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques
CSRA	Coopérative des services regroupés en approvisionnement
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de santé et de sécurité au travail
CV	Couverture vaccinale
DACD	Diarrhée associée au *C. difficile*
DCI	Dossier clinique informatisé
DEC	Diplôme d'études collégiales
DEP	Diplôme d'études professionnelles
DI-TED	Déficience intellectuelle - trouble envahissant du développement
DME	Dossier médical électronique
DMS	Durée moyenne de séjour
DPE	Dossier patient informatisé
DRMG	Département régional de médecine générale
DSP	Direction de santé publique
DSQ	Dossier de santé du Québec
ERV	Entérocoque résistant à la vancomycine
ETC	Équivalent temps complet
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GACO	Guichet d'accès pour les clientèles orphelines
GMF	Groupe de médecine de famille
HTA	Hypertension artérielle
IMP	Intervention multifonctionnelle personnalisée
IPO	Infirmière pivot en oncologie
IPS-SPL	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
IRISS	Interdisciplinaire de recherche et d'intervention dans les services de santé
IRM	Imagerie par résonance magnétique

ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MFA	Ministère de la Famille et des Aînés
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PAB	Préposé aux bénéficiaires
PACS	*Picture Archiving and Communication*
PALSP	Plan d'action local de santé publique
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PAR	Progiciels administratifs régionaux
PARSP	Plan d'action régional de santé publique
PCP	Pratique clinique préventive
PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
PMO	Planification de la main-d'œuvre
PNSP	Programme national de santé publique
PRAAC	Plan d'amélioration de l'accès et de la continuité
PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
PSFTT	Programme de soutien au financement du traitement de la toxicomanie
PSRRI	Plan stratégique régional des ressources informationnelles
RAMD	Réseau d'accessibilité médicale Drummond
RCR	Réanimation cardiorespiratoire
RI	Ressource informationnelle
RI	Ressource intermédiaire
RIGIC	Réseau intégré de gestion de l'information clinique
RLC	Registre local de cancer
RLS	Réseau local de services
RPA	Résidence privée pour aînés
RSIPA	Réseau de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie
RTF	Ressource de type familial
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SAD	Soutien à domicile
SARDM	Systèmes automatisés et robotisés pour la distribution des médicaments
SARM	Staphylocoque aureus résistant à la méthicilline
SISSS	Système d'information sur la sécurité des soins et des services
SIV	Soutien d'intensité variable
SOC	Soutien aux organismes communautaires
SPLI	Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance
SRISIS	Service régional Info-Santé/Info-Social
TED	Trouble envahissant du développement
TRCDMS	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée
UMF	Unité de médecine familiale
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

MOT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le bilan 2011-2012, que nous avons l'honneur de vous présenter, reflète bien le dynamisme et les efforts de notre réseau régional de santé et de services sociaux pour offrir des services de qualité à la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Toutes les réalisations que vous découvrirez à la lecture de ce rapport de gestion méritent une reconnaissance à leur juste valeur.

Nous attirons votre attention sur quelques faits marquants de la dernière année :

- L'année 2011-2012 a été une année charnière en ce qui a trait à l'évolution de la gouvernance régionale. On réfère ici à l'ensemble des mécanismes de contribution et de concertation que les douze établissements publics et l'Agence conviennent de se donner et d'opérer ensemble au palier régional. Ainsi, le Comité régional des directeurs généraux (CRDG) a adopté et mis en œuvre, à compter de l'automne 2011, un cadre de référence qui assure désormais une plus grande efficience et efficacité des mécanismes en place afin de réaliser la vision régionale, à savoir *Agir en réseaux locaux performants, au sein d'un réseau régional cohérent, qui assurent à la population l'accès aux services le plus près possible de son milieu de vie.*

  Il s'agit d'une étape cruciale et prometteuse dans la gestion réseau en Mauricie et au Centre-du-Québec. Elle est la suite logique des actions des années précédentes et est cohérente avec les modifications législatives introduites par le projet de loi 127. Elle témoigne surtout d'un haut niveau de maturité et de confiance réciproque partagée par toutes les équipes de direction des établissements et de l'Agence. Elle permet de croire que la région est, plus que jamais, bien outillée pour relever les défis d'aujourd'hui et de demain, pour le mieux-être de la population.

- La Direction de santé publique (DSP) aura été aux prises avec une importante épidémie de rougeole entre avril et août 2011 avec 538 cas rapportés en Mauricie et au Centre-du-Québec. Notre région a été de loin la plus touchée avec 70 % des cas déclarés au Québec. Des efforts importants ont été déployés par l'ensemble des acteurs du réseau afin de contrer cette épidémie.

- Ce fut également une année d'élection pour les conseils d'administration des douze établissements publics de santé et de services sociaux de notre région. Une rencontre régionale d'accueil et d'intégration des nouveaux membres de conseil a eu lieu en avril regroupant plus de 150 participants. Elle fut précédée d'une rencontre des présidents et des directeurs généraux de tous les établissements en mars 2012. Ces élus seront en poste pour les quatre prochaines années et nous les remercions pour leur engagement bénévole.

- D'autre part, la pénurie de médicaments provoquée par le ralentissement de la production de médicaments injectables à l'usine Sandoz Canada a demandé une gestion quotidienne serrée des approvisionnements de la part des professionnels, médecins et pharmaciens dans les établissements afin de pouvoir traiter adéquatement les patients. Comme partout au Québec, les intervenants se sont mobilisés et, dans notre région, une belle solidarité interétablissements s'est établie pour trouver des solutions de rechange.

- Notre région a encore fait l'objet de quelques annonces en immobilisation et en nouveaux services cette année comme, entre autres, l'ouverture d'une nouvelle clinique de procréation médicalement assistée au Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Trois-Rivières. En effet, notre région a été retenue par le Ministère parmi quatre régions du Québec pour offrir un tel service.

Nous voulons aussi faire ressortir l'effort constant des organisations pour optimiser leurs services et pour atteindre l'équilibre budgétaire. C'est avec fierté que nous constatons que tous les établissements sont en équilibre budgétaire cette année et nous les félicitons pour ce résultat. Par ailleurs, il faut signaler que plus d'une centaine de projets de type LEAN ont été entrepris dans notre région en 2011-2012. Les directeurs généraux des douze établissements publics et le président-directeur général de l'Agence ont aussi unanimement appuyé le projet de recherche-action de trois ans de la Chaire interdisciplinaire de recherche et d'intervention dans les services de santé (IRISS) de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) intitulé *L'implantation de la philosophie LEAN à l'intérieur d'un réseau d'établissements du système de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.*

Tout au long de l'année, le conseil d'administration a mis en évidence l'excellence et la qualité de divers projets en séance publique dans le cadre des « bons coups du réseau ». Les voici :

- Les finalistes régionaux aux Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux : le CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska pour son projet *Continuum de services en soins palliatifs*, le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec pour *La performance des services sociaux en temps réel* et le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire (CRDITED MCQ - IU) pour le *Processus d'évaluation-diagnostic du trouble envahissant du développement des jeunes de la naissance à 7 ans.* Ce dernier a mérité une mention d'honneur au niveau provincial.

- Le *Rendez-vous de la relève médicale – Mon choix Mauricie Centre-du-Québec* : une première activité de promotion pour faire connaître notre réseau régional aux étudiants en médecine. Tous les établissements ont participé à cette activité au Campus de l'Université de Montréal en Mauricie.

- Un prix reconnaissance décerné par les Instituts de recherche en santé du Canada à une chercheuse de Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec, M[me] Nadia L'Espérance, pour une présentation portant sur *La formation croisée pour améliorer le transfert des connaissances et l'intégration des services auprès de jeunes parents consommateurs.*

- La concertation en itinérance à Trois-Rivières : les moyens déployés par les acteurs locaux pour adapter l'offre de service en réponse aux besoins spécifiques des personnes en situation d'itinérance ont été soulignés, notamment l'expérimentation d'un projet pilote d'Équipe Itinérance formée d'intervenants de Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec, du CSSS de Trois-Rivières, de l'organisme Point de rue et du Centre Le Havre.

- À la suite de l'accident d'autocar survenu à Plessisville le 3 mars 2012, on a souligné la mobilisation, l'efficacité et le professionnalisme dont ont fait preuve les divers intervenants du CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable et les acteurs des services préhospitaliers d'urgence impliqués.

- Le colloque régional sur la prévention et la gestion intégrée des maladies chroniques tenu le 4 mai 2012 : ce premier rendez-vous des intervenants, gestionnaires et équipes multidisciplinaires visait à faire connaître les orientations et les travaux entrepris en maladies chroniques depuis plus de trois ans dans notre région.

En terminant, nous adressons toute notre reconnaissance aux employés, professionnels, gestionnaires, bénévoles, membres des conseils d'administration des établissements et des organismes communautaires en santé et services sociaux de notre région pour votre professionnalisme et votre dévouement de tous les instants. Vous êtes le moteur qui fait tourner rondement notre réseau et vous fournissez consciencieusement les services à nos citoyens avec une belle énergie.

MERCI!

Gerald Lapierre
Président du conseil d'administration

Jean-Denis Allaire
Président-directeur général

Je profite aussi de l'occasion pour saluer M. Allaire qui termine un mandat de cinq ans à la Présidence-direction générale de l'Agence pour une retraite bien méritée. Comme président du conseil, je désire le remercier pour son dévouement exceptionnel envers la population de la région, l'Agence et le réseau de la santé et des services sociaux. Il a été un ardent défenseur du rôle de l'Agence comme instance régionale de gouvernance. On peut affirmer qu'il a été un président-directeur général rigoureux et qu'il a mené avec leadership la région vers des décisions cohérentes qui assurent une offre de service équitable pour la population des différents territoires.

Au nom des membres du conseil d'administration, je veux lui témoigner toute notre reconnaissance pour les défis qu'il a relevés avec brio et pour ce qu'il a semé au cours de son passage à la tête de notre organisation et de notre réseau.

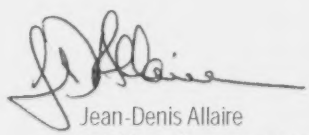
Gérald Lapierre

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de soutenir la présente déclaration. De plus, je me suis assuré que des travaux ont été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, spécifiquement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans le Rapport annuel de gestion 2011-2012 de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec ainsi que les contrôles y afférant sont fiables et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2012.



Jean-Denis Allaire
Président-directeur général

PORTRAIT
DU TERRITOIRE ET DE L'AGENCE

Section 1

LA RÉGION SOCIOSANITAIRE DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC

LE TERRITOIRE ET LA POPULATION

Dans le cadre de la responsabilité légale du directeur de santé publique d'informer la population de l'état de santé générale et de bien-être des individus qui la composent, ainsi que des problèmes de santé prioritaires et des groupes les plus vulnérables, l'équipe de surveillance-évaluation de la Direction de santé publique a préparé le portrait suivant.

LE TERRITOIRE ET LA POPULATION DE LA RÉGION

- Vaste territoire de près de 45 000 km^2.
- La cinquième région sociosanitaire la plus peuplée au Québec.
- La population estimée pour l'année 2012 est de 499 276 personnes :
  - Sur ce nombre, 18 % ont moins de 18 ans, 63 % ont entre 18 et 64 ans et 19 % sont âgés de 65 ans et plus. Ce dernier pourcentage est supérieur à celui du Québec (16 %).
  - Une population de personnes âgées quasiment appelée à doubler d'ici 2031 pour passer de 96 674 à 166 196 individus. Les personnes âgées représenteront alors 32 % de la population régionale (26 % pour le Québec).
- La population d'identité autochtone représente environ 1 % de la population totale (environ 5 065 individus). Bien que deux des quatre réserves amérindiennes sont situées au Centre-du-Québec, la population autochtone se concentre principalement dans le Haut-Saint-Maurice. Elle représente environ 20 % de l'ensemble de la population de ce réseau local de services (RLS).

- Environ 1 % de la population est de langue maternelle anglaise. Plus de la moitié de cette population réside dans le territoire de la MRC Drummond et dans la région de Trois-Rivières.

- La population de langue maternelle autre que française ou anglaise représente 2,2 %.

LES CARACTÉRISTIQUES SOCIOÉCONOMIQUES[1]

- On constate une amélioration marquée du niveau de scolarité entre 1996 et 2006. La proportion de personnes sans diplôme d'études secondaires chez les 25-64 ans a chuté de 32 % à 20 % au cours de cette période, mais demeure supérieure au Québec (17 %). La proportion de la population détenant un diplôme universitaire a augmenté de 10 % à 12 %, mais demeure inférieure à celle du Québec (21 %). Ainsi, la région reste davantage sous-scolarisée que la province.

- La proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu est inférieure à celle du Québec (15,6 % contre 17,2 %). Davantage de femmes que d'hommes vivent sous ce seuil (18,7 % contre 15,6 %).

- Le taux d'emploi reste moins élevé que pour l'ensemble du Québec (56 % contre 60 %).

LES HABITUDES DE VIE ET LES FACTEURS DE RISQUE

- On constate une augmentation de la proportion des personnes obèses depuis la fin des années 1980 (18 % des 18 ans et plus en 2008 contre 7 % en 1987). La proportion de personnes obèses est comparable chez les hommes et les femmes (20 % et 18 %). Les hommes sont plus nombreux que les femmes à souffrir d'embonpoint (44 % contre 27 %).

- En 2009-2010, 61 % des hommes et 39 % des femmes de 12 ans et plus ne mangeaient pas le minimum recommandé de 5 portions de fruits et légumes par jour.

- Au chapitre de l'activité physique de loisir chez les adultes de 18 ans et plus, en 2009-2010, on comptait 35 % d'actifs, 21 % de moyennement actifs et 24 % de sédentaires. Chez les jeunes de 12 à 17 ans, 36 % sont actifs et 37 % moyennement actifs. La sédentarité est en recul depuis une dizaine d'années.

- 23 % des personnes de 12 ans et plus de la région sont des fumeurs actuels, ce qui se compare à la moyenne québécoise. Cette proportion est moindre qu'en 2000-2001 (31 %).

- En 2008, la proportion de la population de 18 ans et plus dont on a pris la tension artérielle lors de la dernière consultation d'un médecin est de 89 %, ce qui est plus élevé que pour le Québec (83 %). Cette proportion grimpe à 97 % chez les 65 ans et plus.

- En 2008, moins de femmes de la région ont passé un test de PAP au cours des trois dernières années : 67 % contre 73 % des Québécoises.

- En 2008, 12 % de la population de 15 ans et plus avait consommé de la drogue au cours des douze derniers mois. Les hommes ont consommé de la drogue dans une proportion deux fois plus grande que les femmes (16 % contre 8 %).

LES PROBLÈMES DE SANTÉ

- Une population de 15 ans et plus qui, en 2008, se considérait à 54 % en excellente ou en très bonne santé.

[1] *Les informations proviennent du recensement de 2006, celles du recensement de 2011 n'étant pas encore disponibles au moment d'écrire ces lignes.*

- La région comptait, en 2008-2009, 33 330 personnes diabétiques de 20 ans et plus, soit 9 % de la population de ce groupe d'âge. Ce pourcentage apparaît légèrement plus faible que dans l'ensemble du Québec.

- Près de 18 % de la population de 12 ans et plus présentait une hypertension diagnostiquée en 2009-2010, ce qui se compare au Québec.

- Avec un taux d'hospitalisation de 120 pour 10 000 personnes, les maladies cardiovasculaires représentent la première cause d'hospitalisation pour la période allant de 2008 à 2011. Elles sont suivies des maladies de l'appareil respiratoire (85 pour 10 000), des maladies de l'appareil digestif (83 pour 10 000), des tumeurs (77 pour 10 000) et des traumatismes et empoisonnements (70 pour 10 000).

- Les principales causes d'hospitalisation diffèrent peu selon le sexe, sauf pour les maladies cardiovasculaires où les hommes ont un taux ajusté d'hospitalisation de 158 pour 10 000 contre un taux de 88 pour 10 000 chez les femmes.

- Les allergies non alimentaires sont le premier problème de santé rapporté (19 % des 12 ans et plus), mais en proportion moindre qu'au Québec. Les autres problèmes les plus répandus sont les maux de dos (16 %), les problèmes d'arthrite ou de rhumatisme (12 %), l'hypertension (16 %) et les migraines (9 %).

- La région affiche une incidence élevée pour la chlamydiose génitale de 289 pour 100 000 contre 241 pour 100 000 pour le Québec.

LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

- Une proportion de 79 % des personnes de 12 ans et plus déclare avoir une excellente ou une très bonne santé mentale. Cette valeur est comparable au Québec.

- Environ 95 % des gens de la région sont satisfaits de leur vie sociale. Cette proportion est supérieure à celle du Québec (93 %).

- En 2008, 20 % de la population de la région se retrouve avec un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique. Davantage de femmes que d'hommes ont un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique (25 % contre 16 %).

- Dans la région, la proportion de la population qui a songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois se situe à 1,7 %; la valeur québécoise étant de 2,3 %.

- La proportion de personnes affirmant avoir tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois est de 3 pour 1 000 dans la région.

L'ESPÉRANCE DE VIE ET LA MORTALITÉ

- L'espérance de vie a augmenté de 6,2 ans chez les hommes et de 3,0 ans chez les femmes entre 1981-1983 et 2005-2007, pour atteindre respectivement les valeurs de 77,5 ans et de 82,8 ans. Les hommes de la région conservent une espérance de vie inférieure à celle de l'ensemble des Québécois.

- L'espérance de vie dans la région est soumise comme ailleurs à la défavorisation sociale et matérielle. Les hommes des communautés les moins favorisées ont une espérance de vie de cinq ans inférieure à celle des hommes des communautés plus favorisées.

- On constate une diminution marquée (près de la moitié) du taux de mortalité infantile au cours des 25 dernières années pour passer de 9,5 décès pour 1 000 naissances à 5,4 décès pour 1 000 naissances de nos jours.

- Les cancers et les maladies cardiovasculaires demeurent, avec respectivement près de 33 % et de 27 % des décès, les deux principales causes de mortalité entre 2005 et 2007. On observe ainsi :

  - Une décroissance de la mortalité par maladie cardiovasculaire, à l'instar du Québec. Le taux ajusté est passé de 518 à 196 décès pour 100 000 personnes depuis le début des années 1980.
  - Une diminution du taux ajusté de mortalité par cancer, chez les hommes, du début des années 1980 à 2005-2007, mais une augmentation du taux pour les femmes de la région, comparativement à une stabilité du taux de l'ensemble des femmes du Québec.
  - Les cancers entraînant le plus de décès chez les hommes sont, en importance : le cancer du poumon, de la trachée et des bronches, le cancer colorectal et le cancer de la prostate. Chez les femmes, il s'agit du cancer du poumon, de la trachée et des bronches, du cancer du sein et du cancer colorectal.

- Le taux de mortalité par suicide demeure supérieur à celui du Québec bien que, à l'instar de la situation québécoise, il commence à diminuer (de 24 pour 100 000 en 1995-1999 à 22 pour 100 000 en 2003-2007). Le taux des hommes reste nettement supérieur à celui des femmes (35 pour 100 000 contre 9 pour 100 000 pour les femmes).

- Le taux de mortalité par traumatisme non intentionnel est important dans la région comparativement au Québec (33 contre 28 pour 100 000), surtout chez les hommes. Les accidents de la route sont à la source de cette surmortalité.

LE RÉSEAU RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Au 31 mars 2012, le réseau de la Mauricie et du Centre-du-Québec était constitué de 14 établissements, dont 8 CSSS.

Notons que les lettres patentes du CSSS de Trois-Rivières, le nouvel établissement né de la fusion entre l'ancien CSSS de Trois-Rivières et le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR), ont été délivrées le 1er avril 2011.

LES CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Responsabilités	CSSS
Mission de type CLSC et CHSLD	Tous
Mission CH	CSSS du Haut-Saint-Maurice, de l'Énergie, de Trois-Rivières, Drummond et d'Arthabaska-et-de-l'Érable
Urgence mineure et unité de courte durée gériatrique	CSSS de Maskinongé, de Trois-Rivières et de Bécancour–Nicolet-Yamaska
Mandat régional en santé mentale	CSSS de l'Énergie
Mandataire régional Info-Santé/Info-Social	CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska

LE CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL

Le centre hospitalier régional du CSSS de Trois-Rivières (auparavant le CHRTR) offre des services généraux et spécialisés en santé physique et en santé mentale, dont les services à mandat régional suivants :

- la néphrologie, avec deux unités satellites reliées par télémédecine : Hôpital Sainte-Croix (CSSS Drummond) et Hôtel-Dieu d'Arthabaska (CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable);
- la cardiologie;
- la microbiologie médicale;
- la pneumologie;
- la rhumatologie;
- l'hématologie;
- la gastro-entérologie;
- l'endocrinologie;
- la neurologie;
- la procréation médicalement assistée;
- la périnatalogie, la néonatologie et la pédiatrie (niveau 2 b);
- la neurochirurgie, dans le cas du mandat secondaire régional en traumatologie;
- la chirurgie orthopédique dans le cas du mandat secondaire régional en traumatologie;
- la chirurgie thoracique et vasculaire;
- la médecine nucléaire pour les procédures exigeant l'utilisation du TEP Scan;
- la radio-oncologie avec un centre de radiothérapie et une responsabilité régionale en vertu du Programme national de lutte contre le cancer.

Le centre hospitalier régional du CSSS de Trois-Rivières a été désigné, le 8 juillet 2011, centre hospitalier affilié universitaire régional. La désignation universitaire du CSSS de Trois-Rivières témoigne de la collaboration développée entre l'ancien CHRTR et l'Université de Montréal. Depuis 2005, l'établissement est reconnu à titre de campus de la Faculté de médecine, ce qui a permis, avec la collaboration du CSSS de l'Énergie, l'implantation du curriculum complet du programme de médecine.

LES ÉTABLISSEMENTS SPÉCIALISÉS À VOCATION RÉGIONALE

La région compte quatre centres de réadaptation qui sont : le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec, le Centre de réadaptation InterVal, le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire et le Centre de réadaptation en dépendance Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec.

LES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS

Deux centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) privés conventionnés s'ajoutent au réseau d'établissements publics. Ce sont le Foyer Saints-Anges de Ham-Nord inc. et le CHSLD Vigi Les Chutes à Shawinigan.

LES EFFECTIFS MÉDICAUX EN OMNIPRATIQUE

Les représentations effectuées par l'Agence et le Département régional de médecine générale (DRMG) font en sorte que le Ministère et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) reconnaissent toujours la région de la Mauricie et Centre-du-Québec comme ayant des besoins prioritaires en termes d'effectifs médicaux en omnipratique, avec 80,1 % d'atteinte de ses besoins. On note cependant que les efforts de recrutement portent fruit, la région se retrouvant dorénavant au centre du peloton face aux autres régions du Québec à ce chapitre.

Effectifs médicaux en omnipratique en équivalent temps complet (ETC)	2011-2012	2010-2011
Médecins en place (ETC)	450	442
Besoins normalisés (ETC)	562	562
Écart selon les besoins (ETC)	112	120
% d'atteinte du Plan d'effectifs médicaux de la région	80,1 %	78,6 %
% d'atteinte du Plan d'effectifs médicaux du Québec	86,5 %	86,5 %

En 2011, 26 nouveaux médecins ont obtenu des avis de conformité pour pratiquer dans notre région, alors que le ministre en avait autorisé 25. Malgré l'arrivée de ces nouveaux médecins, la région ne réussit pas à combler l'écart pour ses besoins reconnus à 562 médecins omnipraticiens. Cinq médecins ont pris leur retraite en cours d'année et quatre ont déménagé leur pratique dans une autre région.

Plan d'effectifs en omnipratique (nombre d'individus)	2011-2012	2010-2011
Objectifs de croissance	25	23
Recrutement (avis de conformité)	26	24
Départ	9	4
Ajout net	17	20

Le recrutement de médecins étrangers

- En 2011-2012, 17 médecins ont été parrainés par les établissements de la région. De ce nombre, 3 omnipraticiens ont réussi l'examen du Collège des médecins du Québec, alors qu'un seul médecin a échoué.
- On compte 14 dossiers de parrainage actifs au 31 mars 2011. Ce sont donc 8 spécialistes et 6 omnipraticiens qui poursuivent leur démarche pour débuter un stage d'évaluation.
- 48 candidatures ont été présentées aux établissements pour évaluation en regard de leurs besoins respectifs.
- Il est à noter qu'en raison de l'augmentation des cohortes de finissants en médecine au Québec, les établissements ont de moins en moins recours au recrutement de médecins étrangers.

Les mesures incitatives

L'Agence a obtenu 5 nouveaux forfaits d'accessibilité pour favoriser l'installation de médecins en milieu rural dans la région. Au total, le DRMG a octroyé 6 forfaits en 2011-2012; un forfait supplémentaire ayant été autorisé en mars 2012 par le MSSS.

LES EFFECTIFS MÉDICAUX EN SPÉCIALITÉ

Note :
Dorénavant, les plans d'effectifs médicaux seront planifiés sur cinq ans. Le plan actuellement en vigueur couvre la période 2011 à 2015. Chaque année du plan débute au 1er décembre d'une année pour se terminer le 30 novembre de l'année suivante. Les résultats de mars 2012 seront donc comparés au plan couvrant la période du 30 novembre 2011 au 1er décembre 2012.

La région comptait 363 postes octroyés à des médecins spécialistes en avril 2011 et ce nombre est passé à 380 en mars 2012. Sur les 34 spécialités offertes dans les établissements de la région, 4 demeurent préoccupantes en terme de taux d'atteinte des plans autorisés : la dermatologie (40 % d'atteinte), la pédiatrie (50 % d'atteinte aux CSSS de l'Énergie, Drummond et d'Arthabaska-et-de-l'Érable), la psychiatrie, particulièrement au CSSS de Trois-Rivières (55 % d'atteinte) et la pédopsychiatrie dans tous les établissements hospitaliers de la région (50 % d'atteinte), mais particulièrement au CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable, qui est actuellement dépourvu d'effectifs médicaux spécialisés en pédopsychiatrie.

Le taux d'atteinte du Plan régional d'effectifs médicaux (PREM) en spécialité est de 90,7 % pour l'ensemble des spécialités. Pour les spécialités de base, le taux d'atteinte est de 91,5 % tandis que pour les spécialités régionales il est de 88,3 %. Au cours de l'année 2011-2012, 18 recrutements ont été réalisés par les établissements tandis que l'on a observé 1 départ à la retraite. Le recrutement net a été de 17 spécialistes. Il est à noter cependant que, du total des postes octroyés, 22 titulaires ne sont pas encore en place au 31 mars 2012.

État du PREM en spécialité (individus) au 31 mars 2012	Mars 2012		Mars 2011	
	PREM	Octroyés	PREM	Octroyés
Spécialités de base et locales	317	290	305	274
Spécialités régionales	102	90	98	89
Total	**419**	**380**	**403**	**363**

Postes vacants[1]	**43**	**46**
Pourcentage d'atteinte du PREM		
Spécialités de base et locales	91,5 %	89,8 %
Spécialités régionales	88,3 %	90,8 %
Toutes les spécialités	**90,7 %**	**90,1 %**
Mouvements		
Recrutement	18	22
Départs	1	1
Ajout net	**17**	**21**

À la lumière du PREM 2012-2015 autorisé par le ministre, la nature des spécialités a été redéfinie. Ainsi, les spécialités de base et locales se retrouvent dans tous les établissements hospitaliers de la région, tandis que les spécialités régionales sont concentrées au CSSS de Trois-Rivières uniquement.

Note : Dans certaines spécialités, le nombre total de postes octroyés est supérieur au PREM autorisé dans un établissement (dérogations). Le nombre global de postes vacants ne tient pas compte de ces dépassements et reflète le nombre réel dans chaque établissement.

LES ORGANISMES ET RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

La région compte également sur :

- la Maison de naissance de la Riviere à Nicolet et ses points de services à Trois-Rivieres et Victoriaville;
- 189 ressources intermédiaires (RI) et 794 ressources de type familial (RTF), pour un total de 4 037 places accréditées, associées aux programmes-services Perte d'autonomie liée au vieillissement, Déficience intellectuelle, Jeunes en difficulté et Santé mentale (données au 31 mars 2011);
- 222 organismes communautaires reconnus par l'Agence comme œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux;
- 13 entreprises ambulancières;
- le Centre de communication santé (CCS) pour la réception et le traitement des appels d'urgence et l'affectation des ressources préhospitalières (ambulances et premiers répondants) couvrant la totalité de la région;
- 21 groupes de médecine de famille (GMF), situés dans les districts sociosanitaires d'Arthabaska-et-de-l'Érable (4), Drummond (5), Nicolet-Yamaska (3), Maskinongé (1), Haut-Saint-Maurice (1), Centre-de-la-Mauricie (3) et Trois-Rivières (4) auxquels s'ajoutent une quarantaine de cliniques médicales privées;
- 12 entreprises d'économie sociale et d'aide domestique;
- un Technocentre et un Infocentre régional;
- la Coopérative des services regroupés en approvisionnement (CSRA) de la Mauricie et du Centre-du-Québec, dont les activités seront toutefois intégrées en 2012-2013 au Groupe d'approvisionnement en commun de l'Est-du-Québec, suivant la fusion des regroupements d'achats de huit régions du Québec.

Légende

Urgence
- Majeure
- Mineure

Établissements à mission régionale
- Centre hospitalier affilié universitaire régional
- Le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec
- Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec Institut universitaire
- Centre de réadaptation Interval

Agence de la santé et des services sociaux

GMF

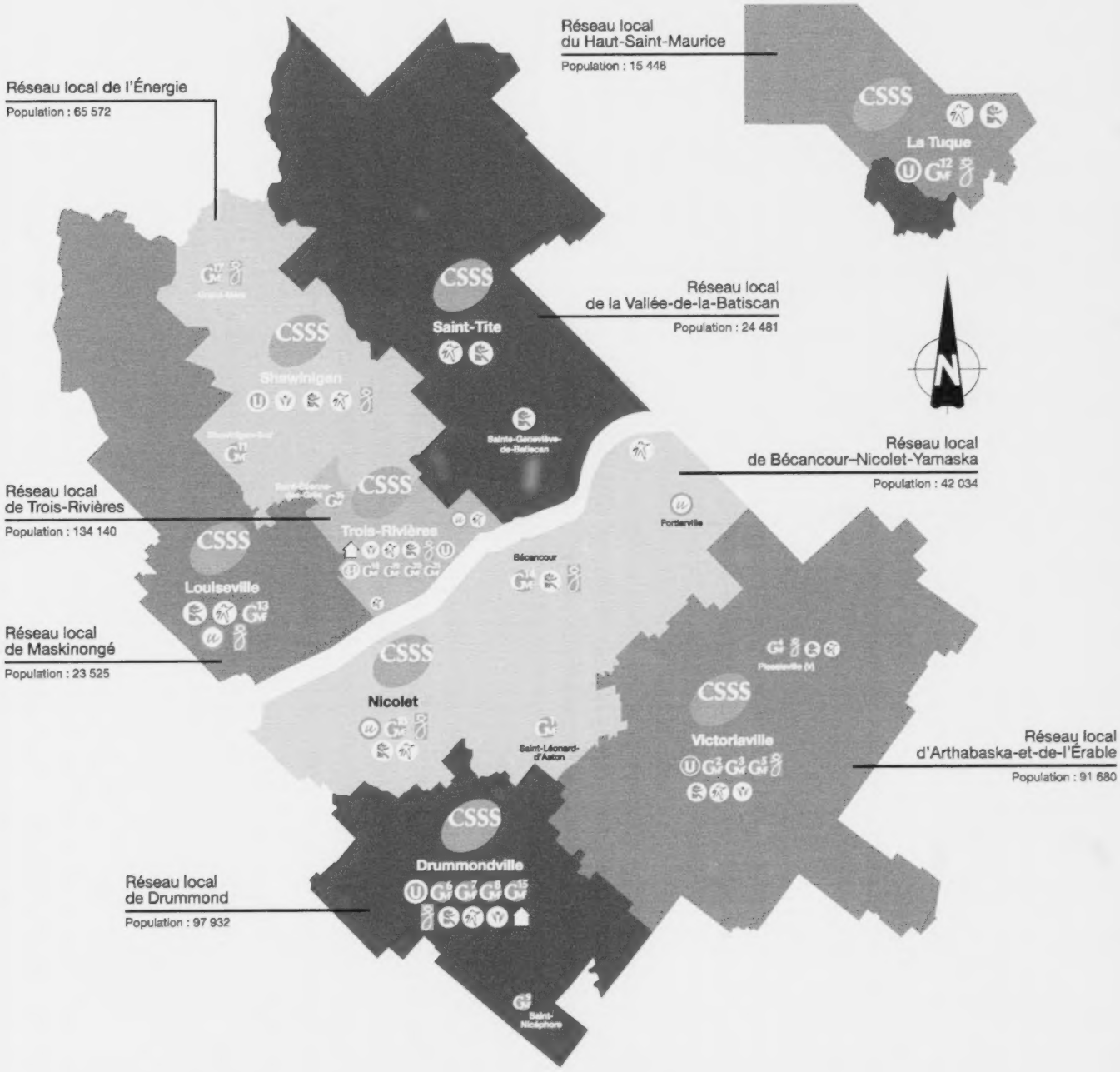
1 : GMF Saint-Léonard
2 : GMF Bois-Francs 1
3 : GMF Bois-Francs 2
4 : GMF Bois-Francs 3
5 : GMF Bois-Francs 4
6 : GMF Centre médical AJC
7 : GMF Centre de santé
8 : GMF Centre médical St-François
9 : GMF Clinique médicale de St-Nicéphore
10 : GMF Clinique médicale de Nicolet
11 : GMF Clinique médicale de Shawinigan-Sud
12 : GMF du Haut-Saint-Maurice
13 : GMF clinique médicale St-Laurent
14 : GMF de la MRC de Bécancour
15 : GMF Centre Médical Drummond
16 : GMF Les Grès
17 : GMF Grand-Mère
18 : GMF de Trois-Rivières
19 : GMF-UMF de Trois-Rivières
20 : GMF Clinique de médecine familiale des Récollets
21 : GMF clinique médicale Ste-Madeleine

Centre de santé et de services sociaux

- Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Maurice
- Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-la-Batiscan
- Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie
- Centre de santé et de services sociaux de Maskinongé
- Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières
- Centre de santé et de services sociaux de Bécancour-Nicolet-Yamaska
- Centre de santé et de services sociaux Drummond
- Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-et-de-l'Érable

Source : MSSS, Service du développement de l'information, janvier 2010

LA CARTE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC



L'AGRÉMENT DES ÉTABLISSEMENTS

Afin de respecter leurs obligations légales, les établissements doivent, dans un délai maximal de quatre ans, solliciter l'agrément de leurs services de santé et de services sociaux auprès d'un organisme d'accréditation reconnu. Cette démarche s'inscrit dans une perspective d'amélioration continue de la qualité au sein des établissements.

Au cours de la dernière année, cinq CSSS ont réalisé une démarche d'agrément. Tous ont obtenu leur agrément, dont quatre en répondant de façon satisfaisante à plus de 90 % des critères évalués.

Enfin, soulignons qu'Agrément Canada a décerné une « Pratiques exemplaires » au CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska pour son centre de jour itinérant en milieu rural. Agrément Canada décerne des pratiques exemplaires en vue de reconnaître l'innovation et la créativité dans la prestation de services.

LES PRIX D'EXCELLENCE

Les Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux sont remis chaque année à des établissements et à des organismes communautaires qui se sont démarqués par des réalisations exceptionnelles.

Pour l'édition 2010-2011, la cérémonie de remise des Prix d'excellence et mentions d'honneur s'est tenue le 11 octobre 2011. À cette occasion, le CRDITED MCQ - IU s'est mérité une mention d'honneur pour son *Processus d'évaluation-diagnostic du trouble envahissant du développement (TED) des jeunes de la naissance à 7 ans.*

Deux autres projets régionaux se sont illustrés comme finalistes au plan provincial. Il s'agit du projet *Un continuum de services en soins palliatifs*, présenté par le CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska et du projet *La performance des services sociaux en temps réel* du Centre jeunesse MCQ.

En ce qui concerne l'édition 2011-2012, sept candidatures ont été reçues à l'Agence. De ce nombre, deux projets ont été inscrits comme finalistes pour la région en vue des sélections ministérielles et nationales. La remise des prix est prévue pour le mois d'octobre 2012.

L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC

LA MISSION

En association avec ses partenaires, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec a pour mission de veiller à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

A cette fin :

- Elle assure la gouvernance du système de santé et de services sociaux de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec et en est imputable au ministre.
- Elle porte une vision régionale de l'organisation des services centrée sur des objectifs de résultats, et ce, dans une perspective populationnelle.
- Elle crée des conditions favorables à l'émergence de huit réseaux locaux de services au sein d'un réseau régional cohérent, à la responsabilité populationnelle et à la hiérarchisation des services de santé et des services sociaux.
- Elle exerce les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de la région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés. Notamment, elle propose et convient, avec les établissements et autres acteurs des réseaux communautaires et institutionnels, de la contribution qu'elle attend d'eux dans le respect des responsabilités de chacun.
- Elle veille à un accès comparable à des services continus et de qualité dans les territoires.
- Elle assure la protection de la santé publique de la population de la région sociosanitaire et met en œuvre, en collaboration avec ses partenaires, des programmes de prévention et de promotion contribuant à l'amélioration de la santé et du bien-être de cette population.

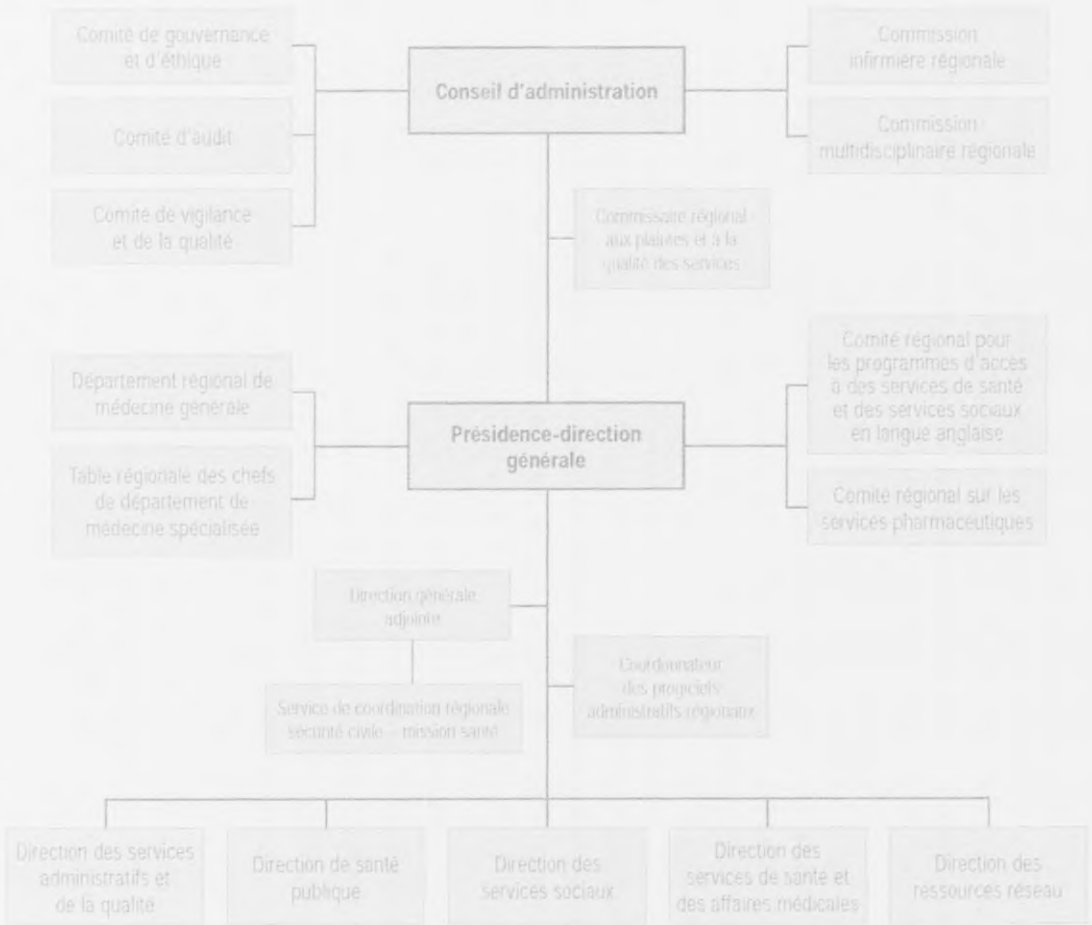
L'ORGANISATION

Le plan d'organisation de l'Agence est conçu de manière à assurer de façon optimale la coordination de ses composantes, et ce, afin de réaliser les mandats qui lui sont conférés par différentes lois.

L'Agence se présente ainsi comme une organisation caractérisée par :

- sa souplesse et sa capacité d'adaptation rapide aux événements;
- son fonctionnement décloisonné;
- la reconnaissance de la capacité de responsabilisation et d'intervention des professionnels;
- l'accessibilité aux directeurs;
- la présence d'une équipe de direction plutôt que d'une équipe de directeurs;
- la qualité du climat organisationnel.

L'ORGANIGRAMME AU 31 MARS 2012



Les postes de direction :

- président-directeur général;
- directeur général adjoint;
- directrice des services administratifs et de la qualité;
- directeur des ressources réseau;
- directeur des ressources informationnelles;
- directeur des services de santé et des affaires médicales;
- directeur de santé publique;
- directeur des services sociaux.

Un poste de cadre supérieur, autre que direction :

- commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services.

Les postes de cadres intermédiaires :

- chef de service – ressources financières, matérielles et informationnelles;
- chef de service – ressources humaines et services documentaires;
- chef de service – organisation de services (2 postes);
- coordonnatrice régionale en santé au travail (contrat de service avec la Commission de santé et de sécurité au travail [CSST]);
- chef de service – santé environnementale, surveillance/évaluation et soutien administratif;
- chef de service – prévention/promotion;
- chef de service – affaires médicales et services spécialisés;
- chef de service – services préhospitaliers, urgence et traumatologie;
- chef de service – Technocentre;
- chef de service – Infocentre et bureau de projets;
- chef de service – coordination régionale en sécurité civile;
- coordonnateur des progiciels administratifs régionaux (activité régionalisée).

En outre, au 31 mars 2012, l'Agence pouvait compter sur la contribution (en équivalent temps complet) de 16,05 médecins, 1,00 dentiste et 0,43 pharmacien.

LES RESSOURCES HUMAINES

Effectifs au 31 mars 2012	31 mars 2012	31 mars 2011
Les cadres		
Temps complet : (hors cadres)	2	2
(cadres supérieurs)	7	7
(cadres intermédiaires)	13	13
Temps partiel : Nombre de personnes : Équivalents temps complet[1] (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	0	0
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	1	1
Les employés réguliers Temps complet[2] : (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	153*	152
Temps partiel : Nombre de personnes : Équivalents temps complet[1] (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	10,0	9,2
Les occasionnels Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	26 693	40 615
Équivalents temps complet[3]	14,55	22,24

[1] *L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers : nombre d'heures de travail selon le contrat de travail divisé par le nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi.*

[2] *Inclus les postes affectés au Technocentre régional (17), à l'Infocentre régional (8,8) et en libération syndicale permanente (1).*

[3] *L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels : nombre d'heures rémunérées divisé par 1 826 heures.*

* *L'augmentation du nombre d'employés réguliers s'explique par la titularisation d'un poste vacant, ce qui influence aussi le nombre d'heures rémunérées pour les occasionnels.*

LES RESSOURCES FINANCIÈRES

Le budget d'exploitation de l'Agence totalisait 10 930 416 $ en 2011-2012, comparativement à 11 131 802 $ en 2010-2011. La moitié de ce budget est consacrée aux fonctions de santé publique (DSP), soit 5 712 617 $, alors que l'autre moitié est affectée à la coordination du réseau. La décroissance enregistrée lors du dernier exercice financier s'explique principalement par la non-indexation des coûts salariaux ainsi que par l'application de la loi qui vise à réduire les dépenses de nature administrative et la taille des effectifs d'ici 2013-2014 (projet de loi 100).

Budget en provenance du MSSS	2011-2012	2010-2011	Variation
Budget de l'Agence	5 217 799 $	5 419 185 $	(201 386) $
Budget de la DSP	5 712 617 $	5 712 617 $	- $
Total du budget d'exploitation	**10 930 416 $**	**11 131 802 $**	**(201 386) $**
Fonds des activités accessoires	129 144 $	81 000 $	48 144 $
Fonds des activités régionalisées	4 883 672 $	4 988 530 $	(104 858 $) $
Fonds affectés[1]	37 208 674 $	34 531 424 $	2 677 250 $

[1] Excluant les fonds Immobilisations et Équipements

LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES

La Direction des ressources informationnelles de l'Agence est responsable du bureau de projets, de l'Infocentre et du Technocentre régional.

Le bureau de projets soutient les établissements et l'Agence dans l'analyse, la planification et le suivi des projets en ressources informationnelles et du portefeuille régional de projets.

L'Infocentre répond aux besoins de l'organisation en termes d'exploitation des données.

Enfin, le Technocentre régional assure l'hébergement d'applications, de systèmes d'information et offre un soutien aux établissements ainsi qu'à plusieurs GMF de la région. Il répond à plus de 14 000 demandes d'assistance par année, portant principalement sur plus de 80 applications ou systèmes d'information (de nature clinique, clinico-administrative et administrative). Il surveille et soutien les infrastructures (le réseau de télécommunications, les systèmes d'exploitation, les logiciels antivirus, les serveurs d'accès, etc.) et ce, 24 heures par jour. Le Technocentre se préoccupe également de la mise en place d'infrastructures de sécurité protégeant les données et les équipements régionaux.

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Mandat

Le conseil d'administration administre les affaires de l'Agence et en exerce tous les pouvoirs. Il a notamment pour fonctions :

- D'identifier les priorités relatives aux besoins de la population à desservir et aux services à lui offrir.
- De répartir équitablement les ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition.
- De nommer les cadres supérieurs et le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services.

Résultats atteints

Le conseil d'administration a tenu neuf rencontres en 2011-2012. Outre les questions relatives à la répartition des ressources humaines, matérielles et financières, les questions suivantes ont également fait l'objet d'une attention particulière de la part du conseil d'administration :

- la prévention et le contrôle des infections nosocomiales;
- le Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité des services pour les personnes ayant une déficience;
- le renouvellement des instances consultatives de l'Agence;
- l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits;
- le mécanisme de concertation régional en cardiologie;
- le Plan d'action régional pour la mise en œuvre du Plan de services intégrés pour les personnes âgées 2011-2013;
- la nomination de certains membres aux conseils d'administration des établissements;
- la reconnaissance d'organismes communautaires;
- les mécanismes d'information et de communication avec la population;
- l'application des mesures de contrôle dans les établissements;
- le Programme de lutte contre le cancer;
- la participation de l'Agence et des établissements à un nouveau regroupement d'approvisionnement en commun.

Enfin, à chaque séance, les membres du conseil d'administration ont souligné des bons coups réalisés par le réseau et ses partenaires. Des motions de félicitations ont ainsi été adressées aux acteurs concernés.

Liste des membres du conseil d'administration (au 31 mars 2012)

M[me] Denise Beaumier-Ferland	Membre cooptée Shawinigan
M. Christian Carrier	Collège *Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée* Trois-Rivières
M[me] Nicole Houle	Collège *Comités des usagers des établissements* Trois-Rivières

M. Éric Chevalier, vice-président	Collège *Organismes socioéconomiques* Trois-Rivières
M^me^ Lynda Michaud	Collège *Organismes représentatifs du milieu syndical* Trois-Rivières
M. Vianney Croteau	Collège *Centres de santé et de services sociaux* La Tuque
M. Jean-Guy Doucet	Collège *Établissements à mission régionale* Saint-Léonard-d'Aston
M^me^ Julie Beaulieu	Membre cooptée Drummondville
M^me^ Nathalie Garon	Collège *Commission multidisciplinaire régionale* Trois-Rivières
M. Gérald Lapierre, président	Collège *Organismes socioéconomiques* Drummondville
M^me^ Josée Panneton	Collège *Commission infirmière régionale* Trois-Rivières
M. Yves-Laurent Godbout	Collège *Département régional de médecine générale* Trois-Rivières
M^me^ Denise Pronovost	Collège *Organismes communautaires* Champlain
M. Rémi Tremblay	Université du Québec à Trois-Rivières Trois-Rivières
M^me^ Suzanne Corriveau	Collège *Organismes du secteur public de l'enseignement* Plessisville
Poste vacant	Membre coopté
M. Jean-Denis Allaire	Membre d'office Président-directeur général de l'Agence

LE RAPPORT DE SUIVI SUR L'APPLICATION DU CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

Le code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration (voir annexe A) prévoit que le rapport annuel de l'Agence doit faire état, pour l'année écoulée, des données suivantes relatives au suivi de l'application du code :

- le nombre de cas traités et leur suivi;
- le nombre et la nature des manquements constatés;
- les décisions et sanctions imposées;
- le nom des administrateurs révoqués ou suspendus.

Pour l'année 2011-2012, aucune situation de manquement au code d'éthique et de déontologie n'a été signalée ou traitée, aucune décision ou sanction n'a été imposée et aucun administrateur n'a été révoqué ou suspendu.

LES COMITÉS DU CONSEIL

Le comité de vigilance et de la qualité

Mandat

- Assurer auprès du conseil d'administration le suivi des recommandations du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur du citoyen relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées.

- Veiller à ce que l'Agence s'acquitte de ses responsabilités en matière de qualité des services et de respect des droits des usagers ou autres utilisateurs de services.

Résultats atteints

Le comité a tenu quatre rencontres en 2011-2012. Au cours de ces réunions, les questions suivantes ont été abordées :

- les recommandations et suivis du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services;

- le rapport annuel des plaintes;

- le projet de loi 16 sur la certification des résidences pour personnes âgées;

- les informations du commissaire : objectifs annuels, journée des comités des usagers, rapport annuel du Protecteur du citoyen, Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées;

- la présentation du Plan d'action 2011-2012 du dossier Qualité, en lien avec le Plan d'action régional 2010-2013;

- le Registre national sur les incidents et les accidents;

- le suivi des dossiers des coroners;

- l'état de situation sur l'application des mesures de contrôle;

- le bilan des activités du comité pour la période allant de septembre 2010 à août 2011 et l'appréciation du fonctionnement du comité.

Par ailleurs, le comité a déposé une recommandation au conseil d'administration à l'effet d'adresser une motion de félicitations aux établissements afin de souligner leur contribution à l'élaboration d'un document de référence régional sur l'application des mesures de contrôle qui favorisera l'harmonisation des pratiques et l'amélioration de la qualité des services.

Liste des membres du comité de vigilance et de la qualité (au 31 mars 2012)

M[me] Denise Beaumier-Ferland	Membre cooptée
M[me] Nicole Houle	Collège *Comités des usagers des établissements*
M[me] Denise Pronovost	Collège *Organismes communautaires*
M. Denis Grenier	Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services
M. Jean-Denis Affaire	Président-directeur général de l'Agence

Le comité d'audit

Mandat

Le comité d'audit, sous l'autorité du conseil d'administration, a pour fonctions :

- De procéder à l'analyse des prévisions budgétaires annuelles à être soumises au conseil d'administration.
- De procéder à l'examen périodique de l'évolution de la situation budgétaire de l'Agence en comparaison avec les prévisions adoptées par le conseil d'administration.
- D'assurer le suivi de la gestion financière par :
  - La connaissance au préalable des contrôles financiers internes existants à l'occasion de discussions avec la permanence de l'Agence.
  - L'examen des renseignements financiers découlant de l'application de ces contrôles internes (rapports périodiques internes, rapports requis par le MSSS).
  - Le suivi des recommandations, s'il y a lieu, du Vérificateur général du Québec concernant la gestion financière.
- De procéder à l'examen des états financiers de l'Agence.
- De présenter au conseil d'administration les états financiers annuels, accompagnés de commentaires et recommandations, s'il y a lieu.
- De ratifier tous les trois mois les avances et les remboursements des frais de déplacement du président du conseil d'administration.

Résultats atteints

Le comité a tenu quatre rencontres en 2011-2012. Au cours de ces réunions, les questions suivantes ont été abordées :

- le suivi du Plan de vérification 2010-2011;
- le rapport financier annuel 2010 de l'équipe régionale de la santé au travail;
- le rapport financier annuel consolidé 2010 de la santé au travail;
- le rapport financier annuel 2010-2011 de l'Agence;
- les prévisions budgétaires 2011-2012 de l'Agence;
- les rapports financiers périodiques de l'Agence.

Le comité a déposé six recommandations au conseil d'administration pour l'adoption des rapports financiers périodiques et des rapports financiers annuels de l'Agence pour l'exercice financier 2011-2012.

Liste des membres du comité d'audit (au 31 mars 2012)

M[me] Julie Beaulieu	Membre cooptée
M. Éric Chevalier	Collège *Organismes socioéconomiques*
M[me] Suzanne Corriveau	Collège *Organismes du secteur public de l'enseignement*
M[me] Nathalie Garon	Collège *Commission multidisciplinaire régionale*
M. Gérald Lapierre, président du conseil d'administration	Collège *Organismes socioéconomiques*

Le comité de développement des compétences

Mandat
Le comité de développement des compétences, sous l'autorité du conseil d'administration, a pour fonctions :

- De proposer une politique de développement des compétences visant à structurer et encadrer les activités à offrir aux membres du conseil au regard des compétences appropriées à acquérir, individuellement et collectivement, pour la réalisation optimale de leur mandat.
- De conseiller la mise en place de moyens et d'activités de soutien favorisant le développement des compétences requises pour l'accomplissement optimal du mandat des membres du conseil.
- De conseiller et soutenir l'organisation des activités d'accueil, d'orientation et d'intégration des nouveaux membres du conseil.
- D'identifier des thématiques annuelles de formations « sur mesure » ou planifiées pour les membres du conseil.
- De contribuer à la préparation de l'évaluation annuelle du fonctionnement du conseil.
- De s'assurer de la mise en place d'activités bisannuelles d'appropriation du code d'éthique et de déontologie.

Résultats atteints
Considérant les changements introduits à la LSSSS en juin 2011 touchant notamment les rôles et la composition du conseil d'administration de l'Agence et de ses comités, l'Agence a aboli le comité de développement des compétences, lequel sera remplacé, à compter du 1[er] août 2011, par le comité de gouvernance et d'éthique.

LES INSTANCES CONSULTATIVES AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

LA COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE

Mandat

La Commission multidisciplinaire régionale est principalement responsable envers le conseil d'administration de l'Agence de donner son avis sur :

- L'organisation, la distribution et l'intégration des services dans la région de même que sur la planification de la main-d'œuvre à la lumière des plans régionaux d'organisation des services.
- Certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région.
- Les approches novatrices de services et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population.

Résultats atteints

La composition de la Commission multidisciplinaire régionale a été renouvelée au printemps 2011. La commission a tenu quatre rencontres en 2011-2012. Au cours de ces réunions, les principales questions suivantes ont été abordées :

- le fonctionnement et la composition de la Commission multidisciplinaire régionale;
- le Plan stratégique régional 2010-2015 et le Plan d'action régional 2011-2013;
- la gestion intégrée des maladies chroniques;
- la Stratégie d'action régionale en planification de la main-d'œuvre.

Liste des membres de la Commission multidisciplinaire régionale (au 31 mars 2012)

M. Alain Demers CSSS de Maskinongé M. Michael Monast Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec	*Collège des conseils multidisciplinaires des établissements* Domaine social
M[me] Danielle Jacob Centre de réadaptation InterVal M[me] Liette Côté CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska	*Collège des conseils multidisciplinaires des établissements* Domaines de la réadaptation et de la santé
M[me] Gisèle Dumas CSSS de l'Énergie M. Nicolas Rivard CSSS du Haut-Saint-Maurice M[me] Sophie Lacasse Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec	*Collège des conseils multidisciplinaires des établissements* Autres secteurs professionnels et domaines techniques

M[me] Nathalie Garon CSSS de Trois-Rivières M[me] Nathalie Bishop CRDITED MCQ - IU	*Collège des gestionnaires*
M[me] Marie-Claude Blais Département de psychologie, UQTR	*Collège de l'enseignement universitaire dans les domaines sociaux*
M[me] Marie-Josée Drolet Département d'ergothérapie, UQTR	*Collège de l'enseignement universitaire dans les domaines de la santé*
M[me] Marie-Pier Landry Cegep de Victoriaville	*Collège de l'enseignement collégial*
M. Jacquelin Roy Donrémy Mauricie/Centre-du-Québec M[me] Josée Rossignol CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	Membres observateurs
M. Serge Beauchamp Pour le président-directeur général de l'Agence	Membre d'office

LA COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE

Mandat

La Commission infirmière régionale est principalement responsable envers le conseil d'administration de l'Agence de donner son avis sur :

- L'organisation, la distribution et l'intégration des soins infirmiers dans la région et sur la planification de la main-d'œuvre infirmière, à la lumière des plans régionaux d'organisation des services.
- Certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région et qui impliquent les soins infirmiers.
- Les approches novatrices de soins et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population.

Résultats atteints

La composition de la Commission infirmière régionale a été renouvelée au printemps 2011. La commission a tenu quatre rencontres en 2011-2012. Au cours de ces réunions, les principales questions suivantes ont été abordées :

- le fonctionnement et la composition de la Commission infirmière régionale;
- le Plan stratégique régional 2010-2015 et le Plan d'action régional 2011-2013;
- la gestion intégrée des maladies chroniques;
- la Strategie d'action régionale en planification de la main-d'œuvre.

Liste des membres de la Commission infirmière régionale (au 31 mars 2012)

M[me] Catherine Laquerre CSSS de Maskinongé M[me] Josée Panneton CSSS de Trois-Rivières M[me] Annie-Claude Frigon CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable M[me] Anne Bolduc CSSS Drummond	*Comités exécutifs des conseils des infirmières et infirmiers (CII)*
M[me] Michelle Carignan CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan M[me] Sandra Denoncourt CSSS de Maskinongé	*Collège des comités d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires*
M[me] Hélène Hinse CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable M[me] Lucie Vézina-Gauthier CSSS de Trois-Rivières	*Collège des gestionnaires des soins infirmiers*
M[me] Patricia Germain Département des sciences infirmières, UQTR	*Collège de l'enseignement universitaire*
M[me] Josée Brière Cégep de Trois-Rivières	*Collège de l'enseignement collégial*
M[me] Peggy Richard CSSS de l'Énergie	*Infirmière praticienne spécialisée (membre cooptée)*
M[me] Evlyn Matthieu Pour le président-directeur général de l'Agence	Membre d'office
M[me] Andréanne Therrien CSSS de Trois-Rivières M[me] Geneviève Beaulé Centre de réadaptation InterVal M[me] Laurie Desrochers CSSS du Haut-Saint-Maurice	Membres observatrices

LES INSTANCES CONSULTATIVES À LA PRÉSIDENCE-DIRECTION GÉNÉRALE

LE DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Mandat
Le DRMG, sous l'autorité du président-directeur général, a les responsabilités suivantes :

- Faire des recommandations sur le PREM en omnipratique.
- Définir et proposer le Plan régional d'organisation des services médicaux généraux.
- Définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux généraux.
- Faire des recommandations sur la liste des activités médicales particulières.
- Faire des recommandations sur la nature des services médicaux généraux.
- Donner son avis sur tout projet relatif à la dispensation des services médicaux généraux.
- Assurer la mise en place et l'application des décisions de l'Agence en ces domaines et en évaluer l'atteinte des objectifs.

Résultats atteints
Le comité de direction du DRMG a tenu neuf rencontres en 2011-2012. Au cours de ces réunions, les principales questions suivantes ont été abordées :

- le PREM en omnipratique;
- le Rendez-vous de la relève médicale et les activités de recrutement médical;
- le Cadre de référence provincial du guichet d'accès pour les clientèles orphelines (GACO) et l'application de la lettre d'entente n° 245 relative à la rémunération des médecins;
- les activités médicales particulières;
- le rôle du médecin répondant en psychiatrie;
- le dépistage de l'hypertension artérielle en 1re ligne;
- les ordonnances collectives en 1re ligne;
- les infirmières praticiennes spécialisées en soins de 1re ligne;
- le modèle d'organisation et de prise de rendez-vous « Accès adapté »;
- le Programme de prévention et gestion intégrée des maladies chroniques;
- le Programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21;
- le mécanisme de concertation régionale en cardiologie;

- la situation des urgences périphériques;
- le renouvellement des accréditations des GMF;
- le Dossier médical électronique en GMF;
- l'informatisation des GMF et du réseau;
- le colloque sur les GMF;
- les coopératives de santé;
- les cliniques réseau et le renouvellement de la convention du Réseau d'accessibilité médicale Drummond (RAMD);
- la Planification stratégique régionale 2010-2015.

Liste des membres du comité de direction du DRMG (au 31 mars 2012)

Dre Manon Bernier Table médicale territoriale d'Arthabaska-et-de-l'Érable	Dr Guy Grenier Table médicale territoriale de Maskinongé
Dr Éric Dauth Table médicale territoriale de Trois-Rivières	Dr Jocelyn Hébert Table médicale territoriale de Bécancour–Nicolet-Yamaska
Dr Réjean Duplain Représentant de la Faculté de l'Université de Montréal – Campus Mauricie	Dr Denis Huot Table médicale territoriale de l'Énergie
Dr Benoit Gervais Table médicale territoriale de Drummondville	Dre Christine Jacques Table médicale territoriale de la Vallée-de-la-Batiscan
Dr Guy Gingras Table médicale territoriale du Haut-Saint-Maurice	M. Jean-Denis Allaire Membre d'office Président-directeur général de l'Agence

LA TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE

Mandat
La Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée (TRCDMS) exerce, sous l'autorité du président-directeur général, les responsabilités suivantes :

- Faire des recommandations sur le Plan régional des effectifs médicaux spécialisés.
- Définir et proposer le Plan régional d'organisation des services médicaux spécialisés.
- Définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux spécialisés.

- Donner son avis sur certains projets relatifs à l'utilisation de médicaments.

- Donner son avis sur l'instauration des corridors de services proposés par le Réseau universitaire intégré de santé (RUIS).

Résultats atteints

Le comité de direction de la TRCDMS a tenu sept rencontres en 2011-2012. Les principales questions abordées au cours de ces réunions sont les suivantes :

- le Programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21;

- la Planification quinquennale 2011-2015 des plans régionaux d'effectifs médicaux en spécialités;

- le portfolio des établissements;

- la procréation médicalement assistée;

- la dégénérescence maculaire liée à l'âge;

- le mécanisme de concertation régionale de cardiologie relié à la prise en charge des usagers atteints d'un infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST;

- le décloisonnement des systèmes d'archivage des images radiologiques (PACS, pour *Picture Archiving and Communication System);*

- l'accès à la chirurgie;

- le comité régional neurovasculaire;

- la désignation des niveaux de soins et la hiérarchisation des soins en néonatologie;

- l'imagerie médicale – accès aux services et utilisation optimale des appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) de la région;

- le Programme régional de lutte contre le cancer;

- le continuum de services en douleur chronique;

- la prévention et la gestion intégrée des maladies chroniques;

- le Registre québécois du cancer.

Liste des membres du comité de direction de la TRCDMS (au 31 mars 2012)

Dr Étienne Bureau Membre coopté, chirurgie CSSS de Trois-Rivières Représentant de la Mauricie	Dr Simon Falardeau Membre élu, médecine CSSS Drummond
Dr Jean-Claude Cantin Membre coopté, pédiatrie CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	Dr Michel Leblanc Membre coopté, médecine nucléaire CSSS de Trois-Rivières

Dr Christian Carrier Membre élu, médecine de laboratoire CSSS de Trois-Rivières	Dr Stéphane Pelletier Membre coopté, anesthésiologie CSSS Drummond
Dr Jean-René Cossette Membre coopté, psychiatrie CSSS de l'Énergie	Dr Jean-François Poissant Membre élu, chirurgie CSSS de l'Énergie
Dr Georges Desrochers Membre coopté, médecine CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable Représentant du Centre-du-Québec	Dre Chantale Raymond Membre cooptée, gynécologie obstétrique CSSS Drummond
Dr Réjean Duplain Membre coopté Faculté de médecine, Université de Montréal	M. Jean-Denis Allaire Membre d'office Président-directeur général de l'Agence

LE COMITÉ RÉGIONAL DES SERVICES PHARMACEUTIQUES

Mandat
Le comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) exerce, sous l'autorité du président-directeur général, les responsabilités suivantes :

- Faire des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre.
- Donner des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques ainsi que sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments.
- Donner son avis sur les approches novatrices en soins et services pharmaceutiques.

Résultats atteints
Le CRSP a tenu quatre rencontres en 2011-2012. Au cours de ces réunions, les questions suivantes ont été abordées :

- le modèle de soins pharmaceutiques visant leur optimisation dans les RLS de la région (pharmacien en GMF);
- le Dossier de santé du Québec (DSQ);
- le Programme de prévention et de gestion intégrée des maladies chroniques :
  - syndrome métabolique,
  - projet de prise en charge de la clientèle atteinte de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) du Trois-Rivières métro – élaboration d'outils pour les pharmaciens communautaires;
- les ordonnances collectives régionales :
  - acide folique (en élaboration) et Diclectin,
  - thérapie de remplacement à la nicotine (suivi),
  - pédiculose (suivi);
- le mini-stage d'observation en pharmacie communautaire pour les étudiants externes de médecine;

- le Programme de surveillance de l'usage des antibiotiques en établissement de santé;
- le projet de loi 41 modifiant la Loi sur la pharmacie (nouvelles activités réservées aux pharmaciens);
- la rupture d'approvisionnement de la compagnie pharmaceutique Sandoz;
- les normes de préparations stériles et non stériles de l'Ordre des pharmaciens du Québec (nouveaux standards de pratique);
- la faisabilité de créer un site de partage des documents pour les pharmaciens-chefs de la région;
- l'ajout d'un représentant du CRSP au conseil d'administration de l'Agence, suivant les nouvelles dispositions de la LSSSS qui entreront en vigueur en août 2012;
- l'état de situation sur la rougeole;
- le Programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21;
- la clinique régionale de fertilité et de procréation assistée du CSSS de Trois-Rivières;
- le comité régional de cardiologie et les travaux sur la prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST).

Liste des membres du comité régional sur les services pharmaceutiques (au 31 mars 2012)

M. Nicolas Blanchette, président Membre élu Pharmacien propriétaire, RLS Drummond	M. Louis Trudel Membre nommé Pharmacien propriétaire, RLS Trois-Rivières
M[me] Hélène Lamy Membre élue Pharmacienne en établissement, RLS Centre-de-la-Mauricie	M. Charles Fortier, vice-président Membre nommé Pharmacien en établissement, RLS Drummond
M[me] Annie-Claude Boyer Membre élue Pharmacienne communautaire, RLS Trois-Rivières	M[me] Chantal Morissette Membre nommée Pharmacienne communautaire, RLS Trois-Rivières
M[me] Isabelle Houle Membre nommée Pharmacienne-chef, RLS Haut-Saint-Maurice	M. Yvon Rousseau Membre nommé Pharmacien-chef, RLS Maskinongé
M. Jean-Denis Allaire Membre d'office Président-directeur général de l'Agence	

LE COMITÉ POUR LES PROGRAMMES D'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ ET AUX SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE

Mandat

Le comité d'accès à des services en langue anglaise est responsable de donner son avis sur les programmes d'accès à des services en langue anglaise élaborés par l'Agence, évaluer ces programmes et, le cas échéant, y suggérer des modifications.

Résultats atteints

Le comité d'accès à des services en langue anglaise a tenu deux rencontres en 2011-2012, au cours desquelles les projets associés à la mise en œuvre de la Politique régionale d'accessibilité linguistique et du Programme régional d'accès aux services en langue anglaise ont été les principaux sujets abordés. Le comité a aussi livré ses observations et commentaires, sur la base desquels l'Agence a présenté au MSSS son avis concernant le document produit par le Quebec Community Groups Network et intitulé *Les priorités pour la population anglophone du Québec en matière de soins de santé et de services sociaux 2013-2018*.

Liste des membres du comité pour les programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise (au 31 mars 2012)

M[me] Carol Chiasson Trois-Rivières	M[me] Charlotte Dousett Trois-Rivières
M. Stéphane Roy Shawinigan	M[me] Elana MacDougall Trois-Rivières
M[me] Su Abbott Trois-Rivières	M. Geoffrey Mecham Sainte-Clothilde-de-Horton

LA QUALITÉ ET LA PRESTATION SÉCURITAIRE DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Conformément à l'article 340 de la LSSSS, l'Agence doit s'assurer d'une prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux. Pour ce faire, différentes activités sont réalisées, notamment sur les sujets suivants : la gestion des risques, l'utilisation des mesures de contrôle et le suivi des rapports du coroner.

LA GESTION DES RISQUES

En décembre dernier, le MSSS publiait le premier *Rapport semestriel sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec*. Ce rapport présente les données issues du Registre national sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation de services de santé et de services sociaux, dont le but est d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et des services.

Le rapport semestriel indique un total de 10 486 événements pour la région sur une période de six mois. La majorité des événements survenus suivent la tendance nationale, c'est-à-dire que les chutes (42,3 %) et la médication (29,9 %) sont les événements les plus déclarés. Bien qu'il s'agisse d'un nombre relativement important d'événements, soulignons que la très grande majorité de ces événements n'ont eu aucune conséquence importante sur les personnes. De plus, il convient de mettre en perspective ces résultats considérant les centaines de milliers d'interventions et de gestes posés par le personnel du réseau régional. Il serait en effet illusoire de croire qu'aucun incident ou accident ne puisse survenir. Dans ce contexte, il importe que ces événements soient connus pour que l'on puisse en faire l'analyse et apporter des correctifs dans un objectif de prévention. Enfin, soulignons qu'il s'agit d'un premier rapport et que certaines améliorations seront nécessaires pour les prochaines publications, notamment en ce qui concerne la fiabilité des données.

La sortie de ce premier rapport a mis en évidence l'importance qu'accorde le réseau de la santé et des services sociaux au suivi de chacun des événements déclarés, en vue d'en prévenir la récurrence. En plus des actions prévues dans la planification stratégique visant à harmoniser la déclaration des événements, l'Agence a également organisé deux formations régionales dans le but de soutenir les différents acteurs en gestion des risques. Ainsi, la formation *Analyse et enquête en gestion des risques* a été offerte à l'ensemble des gestionnaires de risques des établissements. Le programme de formation sur le fonctionnement d'un comité de gestion des risques, révisé l'an dernier par le MSSS, a également été offert en région. Ce programme permet aux membres des comités de gestion des risques de bien saisir le rôle de ce comité et d'y participer de manière active et efficace. La formation pour les membres des comités de gestion des risques sera de nouveau offerte dans la prochaine année pour permettre la participation de l'ensemble des établissements de la région.

LES MESURES DE CONTRÔLE

Au cours de la dernière année, le MSSS a publié le *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : contention et isolement*. Ce document précise notamment les informations requises dans les protocoles que doivent adopter les établissements, tel que prescrit à l'article 118.1 de la LSSSS.

En cohérence avec le nouveau cadre de référence, les établissements ont été invités à réviser leur protocole local d'application des mesures de contrôle et à informer le personnel concerné des précisions apportées par le MSSS. En région, mis à part un établissement dont le protocole est en élaboration, tous disposent d'un protocole local. Sur les 11 établissements qui possèdent un protocole, 9 en ont déjà terminé la révision. Enfin, soulignons que 69 % des établissements ont offert de la formation sur l'utilisation des mesures de contrôle dans la dernière année et qu'en CSSS, 83 % de ces formations s'adressaient au personnel en courte durée, un secteur pour lequel la priorité était accordée. La formation doit se poursuivre dans les prochains mois.

LES RAPPORTS DU CORONER

L'Agence veille à ce qu'un suivi soit accordé à l'ensemble des recommandations formulées par le coroner et identifie, s'il y a lieu, des interventions régionales à réaliser en vue de prévenir les accidents évitables.

Pour l'année 2011-2012, cinq rapports du coroner formulaient des recommandations à deux établissements de la région. Les recommandations portaient sur la révision des interventions appliquées pour s'assurer de leur conformité avec les standards de la pratique infirmière et de la pratique médicale, sur la révision des processus d'arrimage entre les services hospitaliers et ambulatoires et sur la circulation des dossiers médicaux au sein des établissements. Un suivi a été accordé à trois des cinq rapports du coroner et les démarches se poursuivent pour compléter les autres suivis requis.

Une recommandation du coroner a également été adressée à l'ensemble des centres jeunesse du Québec suite au décès d'une jeune fille en hébergement. En suivi de cette recommandation, le Centre jeunesse MCQ a entrepris des actions dans le but d'éviter que ce genre de situation ne se produise dans son établissement.

Enfin, soulignons qu'une procédure a été convenue entre l'Agence et les établissements, de manière à optimiser la circulation de l'information relative au suivi des rapports du coroner.

LES VISITES D'APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ EN CHSLD

Au cours de l'année 2011-2012, en collaboration avec l'équipe mandatée par le Ministère, l'Agence a visité cinq installations CHSLD, réparties dans trois CSSS. Ces visites ont permis à l'Agence de compléter les visites d'appréciation de la qualité (premier cycle) dans toutes les installations CHSLD de la région.

L'Agence participe aux visites d'appréciation et convient par la suite, avec chaque CSSS, d'un plan d'amélioration découlant du rapport de visite. Aussi, deux fois par année, en collaboration avec chaque établissement concerné, une analyse de l'état d'avancement des plans d'amélioration des installations visitées entre 2007 et 2010, dont le suivi demeure actif, est réalisée. Au cours de l'année, suivant les échanges avec les établissements sur l'actualisation des recommandations, trois suivis des plans d'amélioration ont été rendus inactifs.

LA CERTIFICATION DES RÉSIDENCES PRIVÉES POUR AÎNÉS (RPA)

Il appartient à l'Agence de procéder à la certification des résidences privées pour aînés de son territoire. Aussi, de manière continue et en collaboration avec les partenaires impliqués, l'Agence mène les actions nécessaires au maintien de la conformité des RPA de la région aux critères de certification. L'Agence accompagne aussi les ressources qui doivent renouveler leur certification, effectue des suivis de gestion et réalise des visites d'inspection.

De manière plus spécifique, en 2011-2012 :

- L'Agence a initié une démarche visant l'implantation des nouvelles directives quant aux exercices d'évacuation que doivent réaliser les RPA. Ainsi, des représentants de 172 RPA de la région (sur une possibilité de 232) ont participé aux séances d'information organisées par l'Agence relativement aux orientations du ministère de la Sécurité publique en cette matière.
- Le comité de certification a recommandé la certification de 50 résidences. Le comité s'est aussi penché sur différentes problématiques (relocalisation, préavis de non-certification, fermeture d'une ressource) et a orienté l'action de l'Agence à cet égard.

LA CERTIFICATION DES RESSOURCES EN TOXICOMANIE OU EN JEU PATHOLOGIQUE

Des modifications au cadre légal et réglementaire ont rendu obligatoire la certification par l'Agence des ressources en dépendance offrant de l'hébergement. Dans la région, toutes les ressources concernées ont déposé leur demande dans les délais prescrits, soit au 1er juillet 2011.

L'Agence a soutenu les ressources en processus de certification en les informant sur la réglementation et en offrant un accompagnement, au besoin. Au terme de l'année 2011-2012, le comité de certification mis en place par l'Agence pour analyser et recommander l'émission des certificats de conformité avait attribué la certification à une ressource. Le comité a aussi transmis ses orientations relativement aux problématiques soumises à son attention.

LES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

- Au cours de l'année 2011-2012, le CCS de la Mauricie et du Centre-du-Québec a sollicité 59 615 ressources ambulancières, ce qui inclut les appels d'urgence provenant de la population et ceux provenant des différents centres hospitaliers de la région. Le CCS a également sollicité 2 066 ressources de type premiers répondants.

- L'Agence a offert un total de 131 jours de perfectionnement aux techniciens ambulanciers paramédics de la région. Les sujets portaient, entre autres, sur l'échocardiogramme 12 dérivations (ECG 12-D) ainsi que sur l'appréciation clinique. Aussi, deux nouvelles formations portant sur l'application de l'appareil Oxylator et sur le protocole clinique pour traiter la dyspnée sévère en préhospitalier ont été introduites à l'automne 2011.

- Lors de la dernière année, 4 173 protocoles cliniques ont été analysés dans le cadre du Programme d'amélioration continue de la qualité des services préhospitaliers d'urgence. De ce nombre, il y a eu 2 985 protocoles médicaux (médicaments et ECG 12-D), 287 protocoles médicaux légaux (réanimations impraticables, directives de non-initiation de la réanimation et morts évidentes), 7 protocoles pédiatriques (difficultés respiratoires et anaphylaxie), 458 protocoles de réanimation et 436 protocoles de traumatologie.

- L'analyse rétrospective des performances démontre une conformité globale de 95,7 %. Au cours de l'année, la consolidation du Programme d'amélioration continue de la qualité a permis d'améliorer le taux de conformité et également de prévenir la récidive des écarts aux protocoles.

- Pour ce qui est des premiers répondants, l'Agence a versé 105 000 $ aux municipalités disposant d'un tel service. De plus, 20 nouveaux citoyens ont reçu la formation de 65 heures requise pour agir comme premiers répondants au cours de l'année, ce qui porte à 197 le nombre de premiers répondants actifs sur le territoire. Également, quelques sessions de formation leur ont été offertes afin de maintenir leurs compétences. Les premiers répondants ont effectué 1 621 sorties cette année.

- Vingt et une écoles secondaires de la Mauricie et du Centre-du-Québec se sont inscrites au Programme de la réanimation cardiorespiratoire (RCR) de la Fondation ACT. Dans notre région, 3 650 étudiants du secondaire ont ainsi reçu la formation sur la réanimation cardiorespiratoire. Ce partenariat public-privé entre la Fondation ACT, le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) et le MSSS permet aux jeunes d'acquérir des connaissances et des compétences leur permettant de sauver des vies.

- Un ajout de ressources ambulancières a été effectué dans la région de Drummondville. Cet ajout, représentant 8 heures de services additionnelles par jour, vise à améliorer les services à la population dans cette zone. La région de Victoriaville a aussi obtenu un ajout de 8 heures les samedis et dimanches.

LA SANTÉ PUBLIQUE

LES AVIS DE SANTÉ PUBLIQUE

En 2011-2012, la Direction de santé publique a émis des avis sur différents sujets :

- la fluoration de l'eau potable à Trois-Rivières;

- la qualité de l'air extérieur à Shawinigan;

- l'eau potable à Saint-Tite, les avis d'ébullition pour les réseaux temporairement hors-normes et l'utilisation de la chloramine dans le traitement de l'eau potable à La Tuque et Trois-Rivières;
- le monoxyde de carbone dans les arénas de la région;
- la préparation aux épisodes de chaleur accablante;
- la distribution des comprimés d'iode dans le cadre du Plan des mesures d'urgence nucléaire externe à Gentilly-2;
- l'hépatite B, la coqueluche et la rougeole.

LA COMMUNICATION À LA POPULATION

Durant l'année 2011-2012, plusieurs interventions de communication ont été réalisées dans le but d'informer la population. Des efforts constants ont été investis dans les campagnes pour la promotion des saines habitudes de vie, en plus d'actions ciblées dans certains dossiers : sensibilisation auprès des directeurs d'information de la région pour favoriser un traitement adéquat du suicide dans les médias, invitation à la population à faire preuve de vigilance dans certains arénas non conformes au niveau de la qualité de l'air et campagne de promotion de la vaccination contre la rougeole. L'équipe des communications a publié 14 communiqués et coordonné une centaine d'entrevues sur divers sujets d'actualité en santé publique.

LE VOLET PRÉVENTION-PROMOTION

Les saines habitudes de vie, l'alimentation et le mode de vie physiquement actif

La Direction de santé publique réalise des activités de promotion par des campagnes sociétales et soutient les CSSS dans l'accompagnement des milieux scolaires, de travail et municipaux dans l'acquisition de saines habitudes de vie (Défi Santé 5/30 Équilibre 2012, programme Viactive, etc.). Le cas échéant, l'Agence offre un soutien financier, produit différents outils, organise des formations et assure la coordination des activités réalisées dans la région à ce chapitre.

Le Plan d'action gouvernemental pour la promotion des saines habitudes de vie et la prévention des problèmes reliés au poids : Investir pour l'avenir 2006-2012

L'Agence assume la coordination de la mise en œuvre du plan en Mauricie et au Centre-du-Québec. Le directeur régional de santé publique préside ainsi les deux comités stratégiques formés au sein des conférences administratives régionales de la Mauricie et du Centre-du-Québec. L'Agence soutient aussi l'action des comités intersectoriels, s'assure de la mobilisation des partenaires et réalise le suivi et l'évaluation des projets régionaux.

L'harmonisation de l'offre de service en prévention et promotion en milieu scolaire (approche École en santé)

L'Agence, en collaboration avec les CSSS, a conçu un guide permettant d'harmoniser l'offre de service en prévention et promotion destinée au milieu scolaire. Un plan de mise en œuvre a été conçu pour accompagner le déploiement graduel de l'offre de service au niveau primaire. De plus, l'Agence, en collaboration avec la Direction régionale du MELS, organise des communautés de pratique afin d'enrichir les stratégies d'accompagnement dans les deux réseaux. À l'heure actuelle, 35 % des établissements scolaires publics, primaires ou secondaires, ont amorcé la démarche École en santé.

Le soutien au développement ou à la consolidation d'initiatives concertées en sécurité alimentaire

Parmi les actions réalisées en 2011-2012, signalons :

- Un soutien aux seize organismes communautaires de la région qui se partagent près de 259 000 $ en sécurité alimentaire et une contribution financière de 18 900 $ pour la mise en œuvre de l'action partenariale *Se nourrir, agir et se développer.*

- L'élaboration, dans le cadre des travaux du Plan d'action gouvernemental pour la promotion des saines habitudes de vie et la prévention des problèmes reliés au poids, de deux projets régionaux agissant sur les déterminants de la sécurité alimentaire, soit Accès Bouffe Santé, au Centre-du-Québec, et Ça mijote, en Mauricie.

L'implantation de la Politique de périnatalité 2008-2018

L'Agence soutient les établissements dans la réalisation des travaux d'implantation et en évalue la progression. Une expérience-pilote visant l'implantation de l'avis de grossesse sur le territoire du CSSS de l'Énergie a débuté en 2011-2012, avec la contribution financière de l'Agence. La mise en place de l'avis est prévue pour juin 2012.

LE VOLET PROTECTION

Les maladies à déclaration obligatoire et la rougeole

Plusieurs infections doivent être déclarées obligatoirement à la santé publique par les médecins et laboratoires de la région : ce sont les maladies dites à déclaration obligatoire (MADO). En 2011-2012, l'équipe en maladies infectieuses a reçu plus de 2 743 déclarations et a mené, pour chacune, les interventions de santé publique pertinentes.

Quelques constats :

Un total de 538 cas de rougeole a été déclaré à la Direction de santé publique en 2011-2012, ce qui représente l'épidémie de rougeole la plus importante à survenir dans les Amériques depuis 2002.

- L'équipe de maladies infectieuses a mené une enquête et a coordonné les interventions de santé publique à poser pour tous ces cas de rougeole, ce qui a permis de limiter l'étendue de l'épidémie.

- Plus de 25 interventions médiatiques ont été faites afin d'informer adéquatement la population.

- La DSP a coordonné une opération spéciale de vaccination contre la rougeole dans toutes les écoles primaires et secondaires de la région. Au terme de l'exercice, la couverture vaccinale (CV) des élèves du primaire de notre région est de 92,6 % (une augmentation de 5,1 %). La CV des élèves du secondaire est de 91,5 % (une augmentation de 6 %). Pour les professeurs et autres travailleurs des écoles, l'augmentation de 5,3 % a permis d'enregistrer une CV de 79,2 %. L'objectif de 95 % n'a malheureusement pas été atteint pour aucun des groupes visés.

- Finalement, dans l'objectif de pouvoir agir encore plus efficacement lors de prochaines épidémies, un bilan de l'épidémie de rougeole et de la réponse du réseau de santé publique a été produit et diffusé.

La santé environnementale

La Direction régionale de santé publique est aussi responsable du dossier de la santé environnementale pour l'ensemble de la région. Parmi ses interventions en 2011-2012, signalons :

- La publication d'un rapport sur la qualité de l'air extérieur à Shawinigan en février 2012. Des outils pour aider le CSSS de l'Énergie dans ses interventions auprès des personnes vulnérables à la pollution de l'air ont aussi été développés.

- La participation à la campagne de distribution des comprimés d'iode auprès de la population et aux travaux de l'équipe d'évaluation du risque radiologique, réunissant des représentants de la centrale nucléaire Gentilly-2 ainsi que des ministères et organismes concernés.

- Le travail de vigie et de protection relativement aux certificats d'analyse d'eau potable concernant la qualité microbiologique et physico-chimique des réseaux réglementés.

- La réponse et soutien technique à 126 demandes de service de la population, sur différents sujets : problème d'air intérieur, insectes nuisibles, insalubrité morbide, etc.

La santé au travail

La CSST confie au réseau de la santé, par l'entremise du directeur de santé publique, le mandat de la santé au travail. L'équipe régionale de santé au travail a pour mandat d'évaluer les programmes de santé, de collaborer aux démarches de l'équipe des maladies à déclaration obligatoire et d'élaborer, en collaboration avec les CSSS, les outils nécessaires pour offrir des services équitables et de qualité aux employeurs et travailleurs de la région. Aussi, dans le cadre des programmes de santé élaborés sur mesure pour chacune des entreprises ciblées en 2011-2012, les trois CSSS gestionnaires de la santé au travail (de l'Énergie, de Trois-Rivières et Drummond) ont rendu des services dans 97 % des entreprises ciblées (471/486).

LE VOLET SURVEILLANCE-ÉVALUATION

Cette équipe veille à l'actualisation du plan commun de surveillance pour la région, et ce, en conformité avec les exigences de la Loi sur la santé publique. Elle réalise aussi, pour différentes clientèles et territoires, des portraits de l'état de santé, ainsi que des tableaux d'indicateurs sociosanitaires. Parmi les sujets touchés au cours de la dernière année figurent la mortalité par suicide, la proportion de la population de 18 ans et plus dont on a pris la tension artérielle lors de la dernière consultation d'un médecin généraliste, la surveillance des nouveaux cas de cancer pour les municipalités voisines de la centrale de Gentilly-2. L'équipe a aussi participé et mis en place les outils requis pour le suivi de l'épidémie de rougeole.

LA COORDINATION INTERSECTORIELLE

LES AGRESSIONS SEXUELLES ET LA VIOLENCE CONJUGALE

- La troisième édition du Carrefour des pratiques en matière d'agression sexuelle et de violence conjugale, tenue en juin 2011, a mobilisé près de 140 personnes provenant de tous les secteurs signataires de la Politique gouvernementale en matière de violence conjugale et des Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle.

- Les participants à cet événement ont pu échanger sur les pratiques de pointe en prévention, le dépistage et l'intervention auprès de victimes, des proches et des auteurs. Des initiatives des différents secteurs ont aussi été mises en lumière, pour ainsi favoriser le réseautage. Quatre conférenciers ont contribué à faire de cette journée un franc succès.

- Une formation sur l'identification précoce de la violence conjugale a été produite pour les professionnelles de la coiffure. Cette formation théorique et pratique a été élaborée afin qu'elles développent les habiletés requises pour reconnaître les signes de violence conjugale chez leurs clientes et référer celles-ci vers des ressources d'aide, avec le matériel du projet Soyons de mèche!

- Des formations sur le processus de domination conjugale et l'intervention auprès des hommes ayant été agressés ont été offertes aux intervenantes des CSSS et des organismes communautaires.

L'ENTENTE MULTISECTORIELLE RELATIVE AUX ENFANTS VICTIMES D'ABUS SEXUELS, DE MAUVAIS TRAITEMENTS PHYSIQUES OU D'UNE ABSENCE DE SOINS MENAÇANT LEUR SANTÉ PHYSIQUE

Une formation sur l'Entente multisectorielle relative aux enfants abusés sexuellement et victimes de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique a été donnée aux policiers enquêteurs à l'École nationale de police du Québec.

L'Agence pilote le comité intersectoriel en matière d'agression sexuelle et de violence conjugale et le comité régional de l'entente multisectorielle. Ces comités permettent l'arrimage des interventions de tous les secteurs liés à ces dossiers.

L'ITINÉRANCE

L'Agence a contribué à la réalisation de plusieurs actions visant la prévention et la réduction du phénomène de l'itinérance, d'une part à titre de partenaire dans le déploiement de deux programmes fédéraux de contribution financière et, d'autre part, en soutien à la réalisation de mesures du Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013.

La Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance (SPLI) 2011-2014

Responsable du projet de mise en œuvre des plans communautaires en itinérance pour les villes de Drummondville et Trois-Rivières, l'Agence a coordonné l'élaboration, soutenu la mise à jour, la réalisation et le suivi des plans présentés dans le cadre de ce programme fédéral. Elle a aussi soutenu les travaux de deux tables de concertation représentatives de la communauté. Le soutien financier attribué à 17 projets (7 à Trois-Rivières, 6 à Drummondville, 4 à Shawinigan et 1 à Victoriaville) a été reconduit.

Le Programme de soutien au financement du traitement de la toxicomanie (PSFTT)

Ce second programme fédéral vise l'amélioration de l'offre de service auprès de la clientèle en itinérance. Une première mesure visant la réalisation de projets de réinsertion sociale pour les personnes itinérantes a permis la mise en œuvre de deux projets (Trois-Rivières et Drummondville). Une deuxième mesure portant sur la mise en place d'équipes de proximité ou l'amélioration de l'offre de service d'équipes existantes, a mené à la bonification du projet pilote d'Équipe Itinérance de Trois-Rivières et à la mise en place d'une équipe de proximité à Drummondville.

Le Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013

Deux projets pilotes sont en cours sur le territoire de Trois-Rivières. Un premier visant à améliorer, adapter et coordonner l'intervention auprès des personnes itinérantes est en œuvre depuis novembre 2010. L'Agence a coordonné les activités du comité directeur régional et des mandats en découlant, dont :

- la réalisation d'un portrait des collaborations et services existants sur le territoire de Trois-Rivières en matière d'itinérance;
- l'identification des pistes d'action prioritaires pour améliorer l'accès, la qualité, la continuité et la complémentarité des services;
- l'expérimentation d'actions concertées visant l'amélioration de la réponse aux besoins des personnes en situation d'itinérance;
- l'élaboration d'un plan d'action 2010-2013.

L'Agence s'assure aussi du suivi des actions ciblées et de l'interface avec la Table interministérielle en itinérance.

Par ailleurs, l'Agence collabore à la réalisation d'un projet pilote d'Équipe Itinérance (équipe d'intervenants mobiles) visant à améliorer la coordination des services et le suivi de la clientèle à Trois-Rivières. Ce projet est issu d'une collaboration entre

deux établissements (Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec et le CSSS de Trois-Rivières) et deux organismes communautaires (Centre Le Havre de Trois-Rivières et Point de Rue). L'Agence assure le suivi de ce projet et les interfaces avec la démarche de coordination intersectorielle en itinérance de Trois-Rivières, tout en contribuant au financement du projet.

MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES AÎNÉES

Depuis le 21 juin 2011, un comité d'orientation régional en maltraitance envers les aînés est en place. Ce comité est composé de la Table régionale de concertation des aînés et des retraités de la Mauricie, de la Conférence régionale des élus de la Mauricie, de la Table régionale de concertation des aînés du Centre-du-Québec, de la Table de concertation « Abus auprès des aînés de la Mauricie », de l'Agence de la santé et des services sociaux, de la Conférence régionale des élus du Centre-du-Québec et du ministère de la Famille et des Aînés (MFA). Ce comité a tenu quatre rencontres au cours de la dernière année. La coordination régionale de cette initiative intersectorielle est assumée par l'Agence, à la demande du MFA.

Les différentes actions réalisées au cours de l'année 2011-2012 sont les suivantes :

- La réalisation et la présentation au MFA d'un portrait du milieu, d'un inventaire des ressources et services offerts et d'un diagnostic régional.
- L'élaboration d'un plan d'action et la consultation de 63 organismes régionaux et locaux. Le projet de plan d'action a été bien accueilli par les organismes. La majorité des actions ont reçu une adhésion allant de forte à très forte.
- Des travaux sur le protocole d'intervention sociojudiciaire ont débuté en août 2011.

Signalons en terminant que tous les centres de santé et de services sociaux ont maintenant un ou deux formateurs en maltraitance au sein de leur établissement.

LES MÉCANISMES D'INFORMATION ET DE COMMUNICATION AVEC LA POPULATION

Les changements introduits à la LSSSS en juin 2011 ont rendu facultative la mise en place d'un Forum de la population dans chaque agence, sans toutefois en changer le mandat. À l'automne 2011, le conseil d'administration a ainsi mené une démarche de réflexion relativement aux modalités lui permettant d'exercer ses responsabilités en matière d'information et de consultation auprès de la population, dont celle que constitue le Forum de la population.

Cette réflexion ayant permis de constater les avantages et les limites de cette instance comme mécanisme d'information et de consultation, il a été décidé, en décembre 2011, de mettre fin aux activités du Forum de la population et d'élaborer un plan permettant à l'Agence d'associer à ses objectifs, en matière d'information et de consultation auprès de la population, les moyens et modalités de communication appropriés. Ce plan d'action sera présenté au cours de la prochaine année. Le mandat d'analyser, aux fins de recommandations, le bilan annuel des modalités et mécanismes employés par l'Agence pour informer la population, la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services et pour connaître sa satisfaction en regard des résultats obtenus, a par ailleurs été confié au comité de vigilance et de la qualité.

LE PROJET RÉGIONAL

LA MISE EN ŒUVRE DE LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE

L'Agence a doté la région d'un plan stratégique pluriannuel pour les années 2010 à 2015. Ce plan a été adopté par le conseil d'administration puis approuvé officiellement par le ministre le 20 décembre 2010.

La vision régionale sous-jacente au Plan stratégique 2010-2015 de la Mauricie et du Centre-du-Québec est d'agir en réseaux locaux performants, au sein d'un réseau régional cohérent, assurant à la population l'accès aux services le plus près possible de son milieu de vie. Les quatre enjeux auxquels il doit répondre sont :

- l'action concertée sur les déterminants et réduction des inégalités de santé et de bien-être;
- l'accessibilité, la continuité et la hiérarchisation des services;
- la qualité et l'efficience des services à la population;
- la gestion renouvelée des ressources humaines.

UN PLAN DE MISE EN ŒUVRE SUR DEUX ANS

Élaboré dans un contexte de ralentissement du rythme de croissance des dépenses, le Plan d'action 2011-2013 du Plan stratégique 2010-2015 de la Mauricie et du Centre-du-Québec symbolise les choix nécessaires à une vision intégrée, une concentration et une intégration des efforts sur des leviers jugés nécessaires à l'amélioration de la performance. Dans le même sens, ce plan d'action régional constitue la base des ententes de gestion avec le MSSS et avec les établissements.

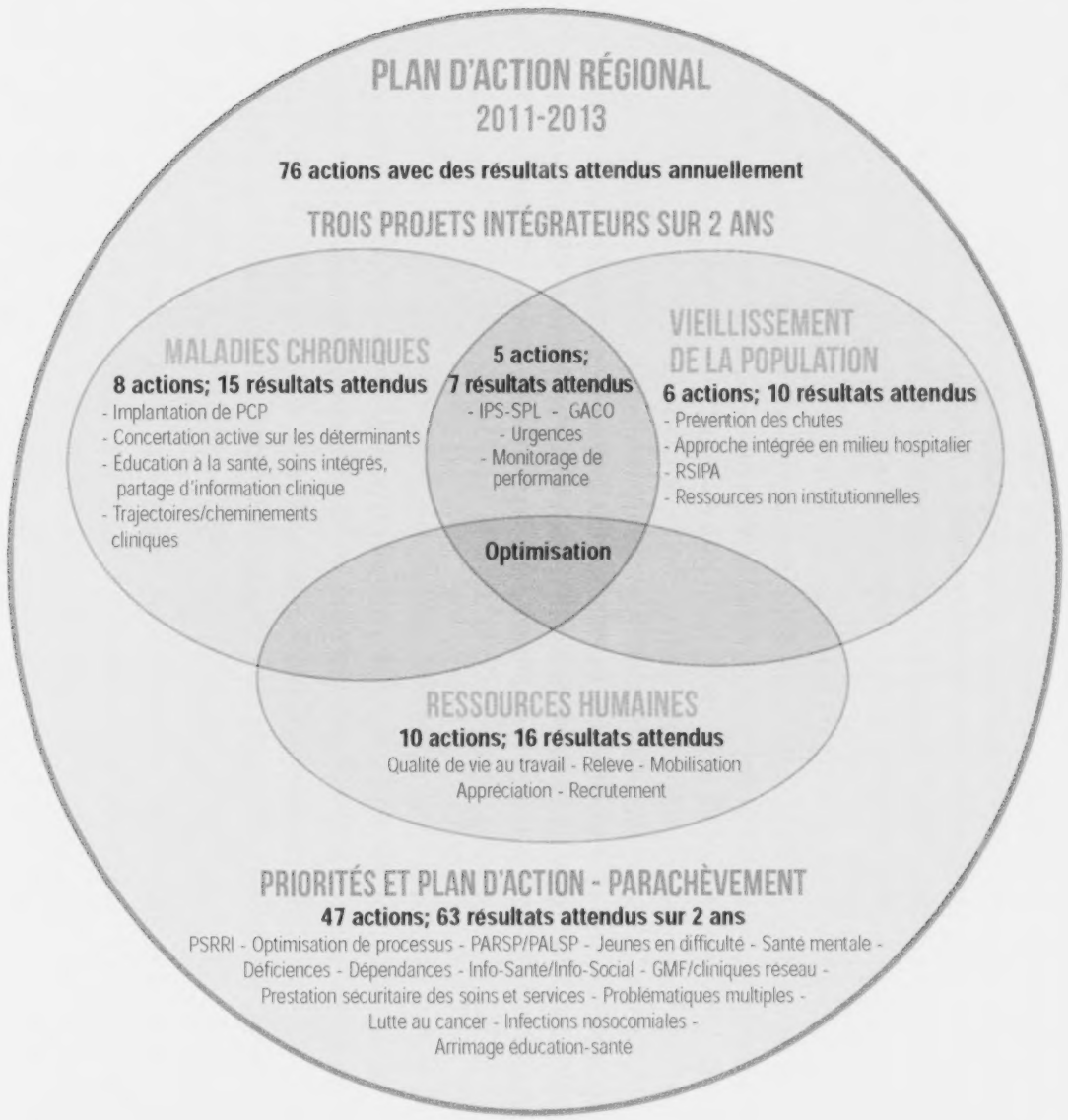
Dans l'exercice de son rôle, l'Agence a assuré la cohérence des actions priorisées avec le Plan stratégique régional. Le contenu du Plan d'action 2011-2013 est le fruit d'un processus porté par l'équipe d'encadrement de l'Agence et visant l'intégration de tous les programmes-services et des secteurs de soutien telles les ressources humaines, informationnelles et financières. Ce projet régional s'est aussi enrichi de la participation des établissements du réseau par les échanges avec le Comité régional des directeurs généraux et par une consultation des équipes de direction de chaque établissement. De plus, les commentaires obtenus des établissements au moment de l'analyse de faisabilité du plan stratégique ont été réinvestis dans ce processus.

Le Plan d'action 2011-2013 contient deux sections : les actions associées à la réalisation de trois projets intégrateurs et les actions pour le parachèvement de priorités et de plans d'action spécifiques. Les trois projets intégrateurs portent sur les maladies chroniques, le vieillissement de la population et les ressources humaines. Ils visent essentiellement à canaliser les actions du réseau pour agir sur l'ensemble de l'organisation des soins et services, ainsi que sur les ressources humaines essentielles à la réponse aux besoins de ces clientèles. Enfin, chaque objectif stratégique de résultat retenu dans ce premier plan d'action est présenté sur une fiche décrivant les actions ciblées, leur bien-fondé, les résultats attendus pour les deux exercices couverts, les contributeurs à la réalisation ainsi que leurs rôles et responsabilités.

2010-2015

PLAN STRATÉGIQUE
DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC

4 enjeux, 8 orientations, 34 objectifs de resultats



Source : Plan d'action 2011-2013, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, p. 10.

LA STRATÉGIE RÉGIONALE D'OPTIMISATION

La démarche régionale d'optimisation élaborée par l'Agence, de concert avec les établissements, permettra de réaliser la vision régionale sous-jacente à la Planification stratégique 2010-2015.

La stratégie régionale d'optimisation s'inscrit dans une quête d'amélioration continue de la performance du réseau. Les gains de performance résulteront d'une combinaison d'actions locales, sous-régionales et régionales. À cet égard, l'Agence et les établissements publics de la région se sont associés à la Chaire IRISS de l'Université du Québec à Trois-Rivières pour soutenir l'implantation de la philosophie LEAN et nous rendre autonomes dans la gestion de la performance dans une perspective d'amélioration continue. Ainsi, plusieurs établissements sont accompagnés dans la planification de leurs activités d'amélioration continue, selon une approche adaptée à chacun d'eux. La Chaire IRISS peut aider les établissements à identifier conjointement les projets d'amélioration, en accompagner l'accomplissement, former du personnel pour réaliser les projets identifiés et transférer des connaissances aux intervenants du système de santé et de services sociaux.

Ce choix stratégique vise à intervenir sur quatre axes qui contribueront à la création d'une culture régionale de performance. Il s'agit :

- d'amener la réflexion LEAN auprès des équipes de direction afin de promouvoir une culture de performance;
- de former du personnel apte à la réalisation des projets;
- d'animer des événements pour le transfert des connaissances acquises;
- d'étudier l'ensemble du déploiement des activités d'amélioration continue.

Déjà, plusieurs projets d'optimisation émergeant des établissements ont été réalisés au cours de l'exercice 2011-2012, dont la moitié l'ont été en collaboration avec la Chaire IRISS. Parmi ceux-ci, 24 sont réalisés par autant de gestionnaires inscrits au programme court de formation de deuxième cycle dispensé depuis janvier 2011 par la Chaire IRISS. Ces projets ont été autorisés et sont soutenus par la direction générale des établissements concernés.

S'ajoutent aux projets des établissements, certains grands projets régionaux dont :

- Les progiciels administratifs régionaux (PAR) : Tous les établissements sont à pied d'œuvre dans la démarche d'optimisation et d'harmonisation de leurs processus administratifs respectifs liés au cycle de paie. Cette démarche sera complétée en juin 2012. Elle est un préalable obligatoire à la mise en commun réussie des services de traitement de la paie, dont la configuration sera arrêtée en 2012-2013.
- La gestion des ressources informationnelles (RI) : La région s'est dotée d'un Plan stratégique régional des ressources informationnelles (PSRRI) 2010-2015. Dans la foulée de cette démarche, l'Agence et les établissements ont aussi adopté un cadre de gestion permettant de formaliser, d'une part, le rôle du bureau de projets à l'intérieur du modèle de gouvernance des RI et, d'autre part, la façon de gérer les projets RI dans la région; de l'idée initiale d'un projet jusqu'à sa réalisation et son transfert à l'exploitation.
- Étroitement lié au modèle de gouvernance des RI convenu entre l'Agence et les établissements, ce cadre de gestion nous permet d'assurer de façon efficace la gestion de projets et du portefeuille de projets et de faire, conséquemment, les meilleurs investissements aux meilleurs endroits. La priorisation des investissements en RI est ainsi établie en fonction des besoins d'affaires, de la valeur ajoutée mesurable et mesurée et de nos capacités. En outre, le modèle de gouvernance des

RI permet d'assurer une gestion cohérente et efficiente des ressources informationnelles et du PSRRI 2010-2015, notamment concrétisée à travers des projets portant sur le regroupement partiel ou total des centres serveurs de la région et la mise en commun des ressources humaines et techniques en RI.

- Les services de buanderie : Les travaux relatifs à l'optimisation des processus utilisés dans les buanderies, dont l'analyse des regroupements potentiels, se sont poursuivis au cours de l'année 2011-2012.

- La gestion intégrée des maladies chroniques : Depuis 2008-2009, la gestion intégrée des maladies chroniques figure comme priorité régionale. Identifiée comme projet intégrateur dans le cadre du Plan d'action 2011-2013 du Plan stratégique régional, compte tenu de la croissance fulgurante des maladies chroniques, le but est d'éviter ou de retarder l'apparition de celles-ci et ainsi d'améliorer la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes, et de réduire le recours à des services plus lourds, telles l'urgence et l'hospitalisation.

- Le déploiement de la réponse 24/7 du service Info-Social : En vue d'améliorer l'accès à une consultation téléphonique en matière de services psychosociaux, l'Agence et les établissements concernés ont poursuivi les travaux de consolidation du déploiement du service régional Info-Social 24/7, lancés en décembre 2010. Ce mode d'organisation de services favorise notamment une meilleure cohérence régionale en réponse aux situations de crise tout en améliorant la fluidité de la trajectoire d'appels, y compris l'actualisation des protocoles d'utilisation de la « ligne partenaires » avec, entre autres, les corps policiers et les centres de prévention suicide.

La section suivante fait état des résultats obtenus en cours d'année relativement aux objectifs poursuivis dans le cadre de la mise en oeuvre du Plan d'action 2011-2013 du Plan stratégique régional 2010-2015.

Les onglets en marge des textes identifient les axes d'intervention auxquels ils sont rattachés.

PLAN D'ACTION RÉGIONAL 2011-2013 : ÉTAT D'AVANCEMENT

Section 2

1ER PROJET INTÉGRATEUR : LA PRÉVENTION ET LA GESTION INTÉGRÉE DES MALADIES CHRONIQUES

La prévention et la gestion intégrée des maladies chroniques constituent un chantier prioritaire de la Planification stratégique régionale 2010-2015. En effet, l'importance et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, associées notamment au vieillissement de la population, exigent la mise en place des stratégies nécessaires pour faire face adéquatement à ce défi.

La prise en charge précoce des personnes atteintes vise à réduire l'impact des maladies chroniques à long terme sur leur santé, à préserver une bonne qualité de vie et à optimiser leurs capacités fonctionnelles.

Par ailleurs, les actions en prévention visent à réduire l'impact des maladies chroniques à long terme. Il a été démontré qu'une saine alimentation, l'abandon du tabac, une consommation d'alcool modérée et l'activité physique réduisent le risque de développer des problèmes cardiovasculaires ou une maladie chronique. En ce sens, l'Agence et le réseau régional poursuivent l'objectif d'une meilleure intégration de la prévention dans les services cliniques de première ligne.

On considère aussi le soutien à l'action intersectorielle comme étant une stratégie efficace pour agir sur les déterminants de la santé et les habitudes de vie des personnes, en ce qu'il favorise la cohésion de l'intervention sur des facteurs qui ne relèvent pas directement de la compétence du réseau de la santé. La promotion de la santé et la prévention de nombreux problèmes requièrent en effet l'engagement et la participation des acteurs de plusieurs secteurs d'activités.

Enfin, l'accès, en temps réel, à l'information concernant la clientèle atteinte de maladie chronique constitue un élément-clé pour l'intégration des services.

Axe 1.2

ACTION INTERSECTORIELLE SUR LES PRINCIPAUX DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

SENSIBILISER LES PARTENAIRES INTERSECTORIELS

Il appartient à l'Agence d'assurer, sur le plan régional, un leadership dynamique et de réaliser, au sein des instances de concertation pertinentes, des activités visant à sensibiliser les partenaires intersectoriels à l'action sur les déterminants de la santé. L'Agence assure ainsi une participation active aux travaux de ces instances et convient avec ses partenaires des activités de sensibilisation à réaliser.

IDENTIFIER LES CONVERGENCES DES ENTENTES SPÉCIFIQUES DE COLLABORATION

L'Agence agit comme partenaire dans le cadre de quatre ententes spécifiques régionales de collaboration qui concourent à agir sur des déterminants de la santé et du bien-être. Ces ententes portent sur le développement social, l'économie sociale, l'égalité entre les femmes et les hommes et la réussite éducative.

L'Agence compte par ailleurs établir au cours de la deuxième portion du Plan d'action 2011-2013, un portrait des convergences entre les actions et les objectifs issus de ces ententes pour mettre en lumière leur contribution potentielle à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population de la région. Son analyse permettra d'élaborer des recommandations pour augmenter la synergie des actions, en vue d'obtenir de meilleurs résultats.

Au cours de l'année 2011-2012, l'Agence a procédé à la recension des instances sectorielles pertinentes et a accru sa participation aux activités régionales de concertation, dans le but de favoriser l'action intersectorielle sur les déterminants de la santé.

Axe 3.1

INTÉGRATION DE LA PRÉVENTION-PROMOTION DANS LE CONTINUUM DE SERVICES

SOUTENIR LES PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES – ABANDON DU TABAGISME

Dans le but de renforcer la prévention en 1re ligne et de faciliter l'accès aux services disponibles, l'Agence soutient les services-conseils en prévention clinique des CSSS dans l'implantation des pratiques cliniques préventives (PCP) reliées à la problématique des maladies chroniques auprès des professionnels de la santé, notamment en ce qui a trait à l'abandon du tabagisme. Les centres d'abandon du tabagisme ont ainsi fait l'objet de promotion auprès des milieux cliniques au cours de la dernière année.

Aussi, l'Agence et les CSSS ont convenu d'un mode de codification dans le système I-CLSC des références provenant des GMF, des cliniques médicales et des pharmacies, afin de mieux les documenter et de pouvoir en suivre l'évolution. On constate ainsi qu'en 2011-2012, près du tiers des personnes (477 c. 1 367) ayant reçu des services des centres d'abandon du tabagisme ont été référées par l'un de ces partenaires.

Axe 3.2

HARMONISATION, HIÉRARCHISATION ET INTÉGRATION DES SERVICES

IMPLANTER LE PROGRAMME D'ÉDUCATION À LA SANTÉ MA SANTÉ À VIE

Le premier volet du programme Ma santé à vie consiste à repérer les personnes présentant des facteurs de risques cardiovasculaires par des équipes interdisciplinaires en 1re ligne afin de les soutenir dans l'adoption de saines habitudes de vie et dans l'autogestion de leur santé. Depuis décembre 2011, le premier volet du programme est disponible dans tous les CSSS de la région.

L'Agence assure un suivi continu de l'implantation du programme auprès des CSSS, offre du soutien et des outils aux infirmières coordonnatrices en prévention et gestion intégrée des maladies chroniques et encourage les gestionnaires à évaluer l'efficacité du programme implanté à partir d'un suivi de l'évolution de l'état de santé des participants.

CONSOLIDER LE MODÈLE DE SOINS INTÉGRÉS POUR LES PERSONNES ATTEINTES DE MPOC

Le second volet du programme concerne le suivi systématique des personnes atteintes de MPOC, principalement dans la région de Trois-Rivières et sa périphérie. En effet, il n'y avait auparavant que la clinique spécialisée du centre hospitalier régional. Une clinique de 1re ligne a donc été mise sur pied et les services offerts à la clientèle ont été hiérarchisés.

En soutien au démarrage de cette clinique, l'Agence a alloué au CSSS de Trois-Rivières un financement récurrent pour l'embauche d'une inhalothérapeute et d'une infirmière pivot en MPOC.

Tous les intervenants de la clinique ont aussi eu accès à la formation sur la MPOC et l'interdisciplinarité offerte par le Réseau québécois d'asthme et de la MPOC. Les pharmaciens de la communauté ont pour leur part reçu une formation sur l'activation du plan d'action des personnes atteintes et le programme d'éducation à la santé a été diffusé aux médecins.

Tous les CSSS de la région offrent donc une clinique d'enseignement et de prise en charge des MPOC en 1re ligne. L'Agence s'assure pour sa part de l'intégration des orientations régionales en prévention et gestion intégrée des maladies chroniques et, en suivi à l'évolution des travaux, a amorcé une tournée des comités locaux.

Enfin, sous le leadership de l'Agence et avec la collaboration des directrices du volet santé physique des établissements, des travaux d'identification des indicateurs permettant d'apprécier la performance du continuum en MPOC pour notre région ont débuté en 2011-2012 et se poursuivront au cours de l'année suivante.

METTRE EN PLACE UN OUTIL DE PARTAGE D'INFORMATION CLINIQUE

L'Agence a alloué aux CSSS concernés le financement nécessaire pour l'installation et l'accès au dossier patient informatisé (DPE), permettant le partage d'information clinique entre les partenaires impliqués dans cette trajectoire. Ainsi, les CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska et de Maskinongé ont accès et utilisent le DPE du CSSS de Trois-Rivières pour les usagers avec MPOC. À ce jour, 503 usagers présentant une MPOC sont inscrits au DPE.

IMPLANTER LA TRAJECTOIRE CLINIQUE DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE EN GMF

On estime à plus de 15 % le taux de prévalence de l'hypertension artérielle (HTA) dans notre région et l'on sait qu'y sont reliées bon nombre d'hospitalisations, tout comme le risque de développer une maladie chronique telle l'insuffisance rénale. Il y a donc lieu d'agir davantage dans le champ de la prévention en établissant une trajectoire standardisée de dépistage et de prise en charge de l'hypertension en 1re ligne.

L'Agence structure et organise l'implantation de cette trajectoire dans le cadre de ses activités liées à la prévention et à la gestion intégrée des maladies chroniques. En ce sens, elle s'assure de faire le lien avec les pratiques cliniques préventives et d'offrir le soutien nécessaire aux équipes cliniques.

Au cours de l'année 2011-2012, l'Agence a présenté le projet d'implantation de la trajectoire en HTA. Les responsables des 21 GMF de la région s'y sont tous montrés favorables, de sorte qu'au terme de l'année 2011-2012, le GMF de Nicolet et le GMF de Bécancour ont complété l'implantation de la trajectoire et quatre autres l'ont débutée. Ce sont les GMF Centre médical Saint-François (Drummondville), Les Grès (Saint-Étienne-des-Grès), du Haut-Saint-Maurice (La Tuque) et le GMF Clinique de médecine familiale des Récollets (Trois-Rivières).

L'Agence a également organisé une formation à l'intention des professionnels des GMF avec la collaboration d'un néphrologue, d'un pharmacien et d'une infirmière clinicienne. Ainsi, des outils cliniques adaptés et tenant compte des dernières lignes directrices en HTA leur sont offerts.

Quelques constats :

- Dans tous les CSSS, des nutritionnistes et des kinésiologues effectuent le repérage et l'intervention auprès des personnes aux prises avec un syndrome métabolique (personnes présentant au moins trois facteurs de risque cardiovasculaires). Au total, 1 277 personnes ont été vues en nutrition en 2011-2012 (incluant celles ne présentant qu'un seul facteur de risque). En kinésiologie, 441 personnes ont été suivies au cours de cette même année.
- La clinique de 1re ligne du CSSS de Trois-Rivières, nouvellement mise sur pied, a évalué, offert de l'enseignement et suivi 363 nouveaux usagers en 2011-2012.
- Une analyse de la clientèle des trois cliniques d'enseignement de la région montre que le nombre de visites à l'urgence et les hospitalisations des personnes avec un diagnostic de MPOC ont diminué d'environ 10 % depuis leur prise en charge en interdisciplinarité.

2E PROJET INTÉGRATEUR : LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN RÉGIONAL 2010-2015 SUR LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

Le phénomène du vieillissement de la population interpelle toutes les composantes du réseau de la santé et des services sociaux. L'accroissement du nombre de personnes âgées et l'hétérogénéité des cohortes invitent à faire preuve d'ingéniosité dès maintenant afin de répondre aux besoins des aînés d'aujourd'hui et de demain. La mise en œuvre du Plan sur le vieillissement 2010-2015 cible les actions prioritaires permettant de relever ce défi.

Le plan comporte 19 objectifs de résultats regroupés autour de trois orientations. On y souligne, en préambule, la place de plus en plus prépondérante qu'occupera le soutien à domicile dans la stratégie globale de réponse aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie.

Ainsi, le plan d'action met de l'avant l'importance :

- de soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de première ligne, notamment en ce qui a trait aux chutes à domicile;
- de poursuivre l'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées dans tous les territoires de RLS;
- de déployer l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier;
- d'intensifier les services à domicile de longue durée;
- de poursuivre la diversification des milieux de vie accessibles aux personnes en perte d'autonomie qui ne peuvent plus être maintenues à domicile.

Ajoutons que les crédits alloués à la région pour la mise en œuvre du Plan de services intégrés pour les personnes âgées 2011-2013 sont investis de manière à soutenir la mise en œuvre du Plan d'action régional 2010-2015 sur le vieillissement, en convergence avec les attentes ministérielles reliées au Plan de services intégrés pour les personnes âgées.

Axe 3.1

INTÉGRATION DE LA PRÉVENTION-PROMOTION DANS LE CONTINUUM DE SERVICES

PRÉVENIR LES CHUTES CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES VIVANT À DOMICILE

La prévention des chutes est réalisée à travers les interventions spécifiques que proposent trois programmes : Debout!, PIED (Programme intégré d'équilibre dynamique) et IMP (Intervention multifactorielle personnalisée). Ces programmes sont adaptés en fonction des caractéristiques des clientèles auxquelles ils s'adressent. Les actions portent sur l'évaluation du risque de chute et l'orientation vers l'évaluation multifactorielle des facteurs de risque. Une révision de l'organisation de ces programmes offerts dans l'ensemble des CSSS a été planifiée afin d'offrir le corridor de services requis à la pratique clinique préventive à implanter.

Programme Debout!

L'Agence a réalisé une consultation auprès des instances concernées sur la gouverne de ce programme, préalablement à l'élaboration des orientations à privilégier. Par ailleurs, l'Agence a produit un guide d'animation sur le facteur de protection « Alimentation » et organisé la tenue d'une journée de reconnaissance régionale des agents multiplicateurs bénévoles.

Programmes PIED et IMP

Des crédits totalisant un million de dollars ont été investis dans la consolidation du programme PIED et l'implantation du programme IMP. L'Agence assure également l'accompagnement et la formation de nouveaux animateurs du programme PIED et soutient les travaux d'implantation du programme IMP. Un plan d'action régional a ainsi été dressé.

Quelques constats :

Les crédits de développement investis et les efforts consentis par les établissements ont permis de réaliser des travaux importants en 2011-2012 en ce qui concerne les programmes PIED et IMP. Des formations ont notamment été offertes aux animateurs et aux intervenants dédiés à ces programmes. On prévoit que ces deux programmes seront entièrement déployés par les huit CSSS de la région en 2012-2013. Le programme Debout! est pour sa part en processus de révision.

Axe 3.2

HARMONISATION, HIÉRARCHISATION ET INTÉGRATION DES SERVICES

ÉLABORER LA STRATÉGIE ET LE PLAN DE FORMATION EN GESTION DE CAS (RSIPA)

La gestion de cas est une pratique nouvelle à institutionnaliser et à soutenir par la mise en œuvre d'un programme de formation pour un maintien des compétences. La formation permet d'harmoniser la fonction de gestion de cas et constitue, en outre, un levier important pour l'actualisation des autres composantes des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie (RSIPA).

L'Agence coordonne les travaux sur les RSIPA en collaboration avec les huit CSSS de la région, partage son expertise-conseil sur la gestion de cas et est à l'écoute des besoins des intervenants. L'Agence s'assure aussi d'un partage de l'expertise développée au quotidien. Enfin, l'Agence veille à ce que le matériel de formation et sa mise à jour soient rendus disponibles en fonction des besoins exprimés.

Au cours de l'année 2011-2012, les contenus de base du Programme régional de formation en gestion de cas ont été diffusés et partagés aux gestionnaires et aux spécialistes en activités cliniques psychosociales des services à domicile. Les trois modules abordés portent sur l'intégration des services et la responsabilité populationnelle, sur les modèles de gestion de cas, et enfin, sur les fonctions et tâches cliniques de la gestion de cas.

ACTUALISER L'APPROCHE ADAPTÉE À LA PERSONNE ÂGÉE EN MILIEU HOSPITALIER

L'adaptation des soins et des services est nécessaire pour mieux répondre aux besoins des clientèles vulnérables. L'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier vise la mise en place de pratiques professionnelles, fondées sur les données

probantes, pour l'amélioration de la qualité des soins et services auprès de la personne âgée, dans le contexte hospitalier. Cette approche oriente la philosophie de soins vers un modèle intégrateur biopsychosocial centré sur la personne et sur ses objectifs de vie, visant autant la récupération fonctionnelle que le traitement approprié de la maladie.

L'approche adaptée est en cours de déploiement dans les établissements de la région ayant une mission hospitalière. Dans ce contexte, les objectifs poursuivis en 2011-2012 portaient sur les conditions préalables à son implantation et sur la planification d'une stratégie globale de déploiement.

Compléter l'implantation des préalables

Les quatre étapes préalables à l'implantation de cette approche sont : l'utilisation d'un outil de repérage à l'urgence, la mise en place et l'application des mécanismes de suivi requis pour les repérages positifs, la présence à l'urgence d'un intervenant pivot ou de liaison dédié à la clientèle des personnes âgées vulnérables et l'application d'un programme de marche à l'urgence et aux unités d'hospitalisation. La majorité de ces préalables sont maintenant implantés. Notamment, le programme de marche à l'urgence ou dans les unités d'hospitalisation est actuellement en place dans certains établissements.

L'Agence assure la liaison avec les répondants locaux des établissements et le suivi de l'implantation des préalables, entre autres auprès des établissements n'ayant pas, à ce jour, mis en place le programme de marche.

Planifier la stratégie globale de déploiement

Tous les établissements impliqués dans cette démarche ont effectué un diagnostic organisationnel et ont déposé leur plan d'action.

Au cours de l'année, la liaison entretenue par l'Agence avec les répondants locaux a permis de positionner la démarche dans le cadre du Plan stratégique régional, de partager l'avancement des travaux et de définir les rôles et responsabilités de chacun. L'Agence a aussi soutenu les établissements dans l'élaboration de leur plan d'action et en suit la mise en œuvre. Enfin, un programme de formation et des outils favorisant l'intégration des différents aspects de l'approche adaptée sont maintenant accessibles à tous les établissements. Un premier module de formation, destiné à un public cible multidisciplinaire tel que médecins, infirmières et préposés aux bénéficiaires, a été diffusé. Les différents acteurs concernés ont ainsi été sensibilisés au phénomène du déclin fonctionnel iatrogène.

INTENSIFIER LES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE DE LONGUE DURÉE

Le soutien à domicile (SAD) est une priorité de développement en Mauricie et au Centre-du-Québec, ces services permettant aux personnes ayant des incapacités de demeurer dans leur milieu de vie et d'éviter l'épuisement des proches aidants. L'intensité des services offerts à domicile permet de faire une différence entre la poursuite du maintien à domicile et un hébergement précoce pour les personnes vieillissantes ou les personnes handicapées. Le Plan régional sur le vieillissement 2010-2015 vise ainsi une augmentation du nombre total d'heures en services de soutien à domicile de longue durée, pour les clientèles des programmes Perte d'autonomie liée au vieillissement, Déficience physique, et Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement.

L'Agence a établi, pour chaque établissement concerné, les cibles de résultats à atteindre relativement aux mesures d'optimisation et aux crédits de développement alloués pour le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement. Ainsi, la cible régionale 2011-2012, établie à 642 705 heures, comprenait des heures supplémentaires dégagées par des mesures d'optimisation (8 942) et des heures supplémentaires liées à l'injection de crédits de développement (37 758), particulièrement en aide à domicile. Il est à noter que le niveau d'intensification visé tenait compte des différents modes de dispensation (personnel du CSSS pour l'aide et les soins, chèque emploi-service [CES] et heures achetées) et qu'il était calculé sur la base des résultats constatés en 2009-2010, soit 596 005 heures.

Signalons que certains services dont bénéficient également les usagers et leurs proches ne sont pas comptabilisés dans ce modèle de productivité, mais qu'ils s'ajoutent aux services de soutien à domicile de longue durée. Ce sont : les allocations accordées pour du répit à domicile, le soutien des intervenants qui sont en poste au centre hospitalier ou à l'urgence et, enfin, les interventions effectuées par les intervenants psychosociaux qui actualisent l'approche en gestion de cas.

Le Plan d'action régional d'optimisation des services de soutien à domicile a été déposé au MSSS en septembre 2011. L'Agence en assure le suivi et la mise à jour annuellement. L'Agence favorise aussi, en continu, le partage d'expertise dans le cadre de rencontres régionales avec les CSSS.

Quelques constats :

- Le nombre d'heures de services d'aide à domicile dispensées par les établissements de la région s'élève à 661 336 heures en 2011-2012, soit 18 630 de plus que la cible.
- En fonction du point de comparaison établi, soit les résultats constatés en 2009-2010, ces données indiquent une augmentation de 23,5 % des heures en services professionnels et de 13 % des heures en aide à domicile dispensées par le CSSS.

AUGMENTER LE NOMBRE DE PLACES EN RESSOURCES RÉSIDENTIELLES DE PROXIMITÉ

La poursuite des efforts déployés au cours des dernières années pour intensifier les services offerts à domicile constitue l'un des axes principaux du Plan régional sur le vieillissement. Cette approche favorise le maintien dans la communauté dans un milieu plus normalisant et diminue le recours à l'hébergement institutionnel.

Or, malgré l'ajout de plus de 250 places en ressources intermédiaires depuis 2005, nous observons une augmentation du nombre de personnes en attente pour ce type de ressources. En outre, l'évolution démographique anticipée au cours des prochaines années aura un impact significatif sur l'offre de service en hébergement, tout particulièrement en lien avec les besoins des personnes présentant des atteintes cognitives. C'est pourquoi la région s'est donnée l'objectif de créer, en 2011-2012, 65 nouvelles places en ressources résidentielles de proximité et d'autres places seront ajoutées en 2012-2013.

Les CSSS ont été invités à inscrire cet objectif à leurs plans locaux de mise en œuvre du Plan régional sur le vieillissement. L'Agence a analysé et accompagné les CSSS dans cet exercice en tenant compte des deux paramètres suivants :

- l'atteinte des objectifs du Plan régional sur le vieillissement présenté au Ministère;
- le souci de présenter une offre de service équilibrée et équitable tout en assurant la réponse aux besoins de la population de chaque territoire.

Quelques constats :

En cours d'année, 44 places ont été créées en ressources non institutionnelles permettant d'accueillir des personnes adultes ou âgées présentant une déficience physique ou des atteintes cognitives qui ne pouvaient plus être maintenues à domicile. Par ailleurs, plusieurs projets sont planifiés et se réaliseront dans les prochains mois. L'Agence effectue un monitorage continu de la création des places dans chaque CSSS.

OBJECTIFS COMMUNS AUX PROJETS INTÉGRATEURS MALADIES CHRONIQUES ET VIEILLISSEMENT

Cinq actions inscrites au Plan d'action régional 2011-2013 sont associées tant au projet sur les maladies chroniques qu'à celui sur le vieillissement de la population. Ils portent sur l'accès aux services médicaux de première ligne, sur la gestion des urgences et sur l'évaluation de la performance des continuums de services.

Axe 2.1

ACCÈS À DES SERVICES MÉDICAUX DE PREMIÈRE LIGNE DANS UNE APPROCHE INTÉGRÉE ET INTERDISCIPLINAIRE

L'accessibilité aux services médicaux de 1re ligne constitue une priorité à laquelle l'amélioration du fonctionnement des GACO peut contribuer. L'organisation d'un accueil clinique permet aussi des gains importants à cet égard en facilitant l'accès aux ressources diagnostiques et spécialisées pour les médecins œuvrant en 1re ligne.

CONSOLIDER LES GUICHETS D'ACCÈS POUR LA CLIENTÈLE ORPHELINE

Depuis la mise en application de la lettre d'entente n° 245 relative à la rémunération des médecins, tous les médecins désirant se prévaloir des forfaits de prise en charge des guichets d'accès aux clientèles orphelines se sont inscrits auprès du GACO de leur territoire, soit près de 87 % des médecins de la région pour une augmentation globale du taux de participation de 52 %.

Par ailleurs, le 23 février 2012, le comité régional des coordonnateurs médicaux des GACO a adopté une résolution permettant au coordonnateur médical d'imposer la prise en charge d'un client vulnérable en provenance du GACO contre trois autoréférences de la part d'un médecin. Cette mesure contribuera à accélérer la prise en charge des clientèles vulnérables.

IMPLANTER L'ACCUEIL CLINIQUE DANS LES CSSS URBAINS

Au 31 mars 2012, deux des quatre CSSS situés en milieu urbain ont implanté un programme d'accueil clinique, soit le CSSS de l'Énergie et le CSSS de Trois-Rivières. Le CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable poursuit pour sa part l'organisation d'un service d'accueil sans rendez-vous pour la population de son territoire et le CSSS Drummond était, en 2011-2012, en processus de renouvellement de la convention du Réseau d'accessibilité médicale Drummond. Ces CSSS seront par la suite en mesure d'organiser un accueil clinique.

L'Agence a participé au comité stratégique de l'implantation de l'accueil clinique au CSSS de Trois-Rivières et pourra soutenir les CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable et Drummond lorsqu'ils amorceront à leur tour ces travaux d'implantation.

Quelques constats :

- En 2011-2012, près de 70 % de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec est inscrite auprès d'un médecin de famille, ce qui place la région au 5e rang comparativement aux autres régions du Québec, sur ce plan. On observe ainsi une tendance à l'amélioration depuis quelques années. Néanmoins, la région éprouve encore des difficultés quant à l'accès aux services médicaux de 1re ligne et les répercussions sont généralement plus marquées pour les personnes dont l'état de santé nécessite un suivi médical régulier.
- Au 31 mars 2012, 11 552 clients orphelins ont trouvé un médecin de famille grâce au GACO, comparativement à 3 576 l'année précédente.
- La vaste majorité des médecins de la région participent au GACO de leur territoire.

INTRODUIRE LES INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES EN SOINS DE 1RE LIGNE (IPS-SPL)

Le déploiement des IPS-SPL a pour but d'améliorer l'offre et l'accès aux soins et services médicaux de première ligne en favorisant la prise en charge de nouveaux clients et en répondant aux besoins populationnels non comblés, en partenariat avec le médecin de famille. La région poursuit l'objectif de titulariser 45 IPS-SPL d'ici 2017.

Au cours de l'année 2011-2012, 9 IPS-SPL ont pu s'ajouter à celles déjà en fonction depuis l'année précédente pour un total de 11 pour la région. Le DRMG a adopté une séquence de déploiement suite aux recommandations des comités locaux d'implantation de la pratique IPS-SPL, afin de répondre aux besoins les plus criants.

L'Agence assure son rôle de leadership mobilisateur en soutenant les comités locaux d'implantation de la pratique IPS-SPL et les directrices de soins infirmiers des CSSS, sous différents aspects : le recrutement de médecins partenaires, l'identification et la préparation des milieux de stage et de pratique, la priorisation régionale auprès du DRMG, l'élaboration des ententes de partenariat.

De plus, l'Agence interpelle au besoin le MSSS, le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec ainsi que la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec afin de régler certaines questions relatives à l'encadrement clinique et légal de la pratique clinique des IPS-SPL. Enfin, l'Agence participe activement à la liaison entre les milieux de stage et le Département de sciences infirmières de l'UQTR.

Quelques constats :

Neuf infirmières praticiennes spécialisées ont amorcé leur pratique dans la région en 2011-2012 :

- 1 au CSSS Drummond;
- 2 au CSSS de Maskinongé;
- 2 au CSSS de Trois-Rivières;
- 2 au CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska;
- 2 au CSSS de l'Énergie.

Axe 3.2

HARMONISATION, HIÉRARCHISATION ET INTÉGRATION DES SERVICES

LE SUIVI ET LA GESTION OPTIMALE DES URGENCES

La région poursuit l'objectif de réduire la durée moyenne de séjour à l'urgence pour toutes les clientèles dans tous les établissements de la Mauricie et du Centre-du-Québec. En plus des actions pertinentes réalisées en amont des services d'urgence (consolidation du mécanisme de référence à l'urgence vers le GACO, implantation d'un programme d'accueil clinique, etc.), l'implantation d'un mécanisme de coordination des urgences dans notre région a permis de réduire la durée moyenne de séjour sur civière et ainsi tendre vers la cible fixée par le MSSS.

Quelques constats :

- Le nombre de visites ainsi que le nombre de patients couchés sur civière dans les principales salles d'urgence de la région ont crû respectivement de 1,2 % et 4,2 % cette année. On observe aussi une augmentation en ce qui a trait à la clientèle âgée de 75 ans et plus couchée sur civière (+ 2,3 %).

- Malgré la hausse du nombre de personnes âgées de plus de 75 ans couchées sur civière, la durée moyenne de séjour a diminué de 0,2 heure dans la région pour s'établir à 18,8 heures.

Le suivi des indicateurs

Au cours de l'année 2011-2012, les urgences des différents établissements de la région ont fait l'objet d'un suivi quotidien par l'Agence concernant certains indicateurs, dont le nombre de patients séjournant depuis plus de 24 heures sur civière.

Dans l'ensemble, les résultats obtenus démontrent une légère baisse en ce qui a trait à la durée moyenne de séjour (DMS) et au nombre de patients séjournant sur civière depuis plus de 24 ou 48 heures. De même, on note une diminution régionale de la durée moyenne de séjour pour la clientèle présentant des problèmes de santé mentale, malgré une DMS supérieure à la cible pour un établissement.

On constate donc une légère amélioration, cependant la région éprouve encore de la difficulté à atteindre les cibles établies. La problématique de l'accès aux services médicaux de 1re ligne, particulièrement à Trois-Rivières, apparaît être un facteur permettant d'expliquer ce résultat. En effet, bien que le Plan régional d'effectifs médicaux en omnipratique soit comblé dans une proportion de 82 %, 162 000 personnes, soit près du tiers de la population régionale, ne sont pas inscrites auprès d'un médecin de famille.

La coordination régionale de la gestion des urgences

L'Agence joue également un rôle de coordination régionale en s'assurant de la mise en place par les établissements de moyens pouvant améliorer la situation à l'urgence. Le suivi qu'effectue quotidiennement l'Agence contribue à favoriser une plus grande fluidité de la clientèle sur civière ou hospitalisée. Le comité régional de désencombrement des urgences, formé des représentants de plusieurs secteurs d'activités en lien avec le service d'urgence (Perte d'autonomie liée au vieillissement [PALV], Santé mentale, etc.) et chapeauté par l'Agence, est chargé d'évaluer la situation et de proposer des pistes de solutions.

Par ailleurs, la Direction nationale des urgences du MSSS et l'Agence ont porté une attention particulière aux résultats du CSSS de Trois-Rivières, compte tenu de l'écart important de cet établissement à l'atteinte des cibles visées. En collaboration avec l'équipe du Comité ministériel de coordination sur le désencombrement des urgences, les membres du comité régional

ont visité l'établissement le 26 janvier 2012. Le rapport de suivi de cette visite et des recommandations a été transmis à l'établissement. L'Agence a demandé au CSSS de Trois-Rivières de présenter un plan d'action et des pistes d'amélioration.

Aussi, l'Agence suit de près la situation relative à l'organisation des services de 1re ligne. La table médicale territoriale et le CSSS de Trois-Rivières ont convenu du fait que tous les médecins nouvellement recrutés devront dorénavant orienter leur profil de pratique vers la prise en charge en 1re ligne (activités médicales particulières mixtes). Des travaux ont aussi été réalisés pour consolider le mécanisme de référence à l'urgence vers le GACO et implanter un programme d'accueil clinique. De telles mesures soutiennent le développement de corridors de services entre les médecins de famille et les urgentologues pour certains diagnostics ciblés.

Axe 6.1

ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE DU RÉSEAU

L'ambition régionale sur laquelle repose le Plan stratégique régional 2010-2015 porte sur l'amélioration continue de la performance du réseau régional, d'où l'importance d'en suivre l'évolution et surtout, d'en identifier les principaux leviers qui permettront de l'améliorer.

ÉLABORER UN CADRE ÉVALUATIF RÉGIONAL ET DES TABLEAUX DE BORD SUR LA PERFORMANCE

De manière à ce que la région dispose, d'ici le 31 mars 2013, des outils permettant d'assurer le suivi de la performance pour les deux chantiers prioritaires que sont les maladies chroniques et le vieillissement de la population, des travaux réalisés en 2011-2012 ont permis d'élaborer le cadre de référence afférent à l'évaluation de la performance régionale et de débuter des travaux d'identification des indicateurs pertinents avec la contribution de gestionnaires ou responsables cliniques concernés.

En début d'année, l'Agence a proposé aux directeurs généraux des établissements une démarche d'analyse des modèles de performance en vue de recommander un modèle qui se veut porteur pour la réalisation de cet objectif.

Des travaux ont ensuite été conduits sous la coordination de l'Agence, avec les principaux acteurs intervenant en gestion des maladies chroniques et en matière de vieillissement de la population, afin d'esquisser les paramètres d'accessibilité et les continuums de soins et de services, puis d'en dégager les principaux indicateurs de performance.

Finalement, un outil d'élaboration des tableaux de bord afférents a été acquis par l'Agence, ce qui permettra de soutenir de façon intégrée à partir des différents systèmes d'information, l'analyse de la performance du réseau en matière de gestion intégrée des maladies chroniques et de vieillissement de la population.

3E PROJET INTÉGRATEUR : LES RESSOURCES HUMAINES

Le fait de pouvoir compter sur des ressources humaines mobilisées, disponibles et en nombre suffisant est une clé incontournable pour faire face aux enjeux actuels, tant au chapitre de l'intégration des nouvelles pratiques qu'au niveau de la continuité, de l'accessibilité ou encore de la révision des processus de travail et de gestion.

MOBILISER LES RESSOURCES HUMAINES ET RECONNAÎTRE LEUR CONTRIBUTION

Le contexte qui prévaut actuellement et les enjeux de recrutement et de rétention de la main-d'œuvre nous invitent à nous doter de stratégies misant sur le caractère attractif des organisations et sur le facteur déterminant qu'est la qualité de vie au travail. Plusieurs actions portent ainsi sur la mobilisation des ressources humaines et la reconnaissance.

S'ASSURER DE LA DISPONIBILITÉ DE LA MAIN-D'ŒUVRE REQUISE POUR LA PÉRENNITÉ DE L'OFFRE DE SERVICE

Une planification de la main-d'œuvre actualisée annuellement et la mise en œuvre d'actions favorisant le recrutement, la rétention et la concertation intersectorielles permettront de relever cet important défi; les besoins évoluant rapidement et les problèmes liés à la pérennité ou à la rareté de la main-d'œuvre étant de plus en plus nombreux.

Par ailleurs, la stratégie d'action régionale en planification de la main-d'œuvre, réalisée en concertation avec les partenaires intersectoriels du réseau de la santé et des services sociaux, s'attaque aux difficultés d'attraction et de fidélisation de la main-d'œuvre.

OPTIMISER L'UTILISATION DES RESSOURCES

Le contexte budgétaire exige une réduction des dépenses de fonctionnement de nature administrative et nous interpelle à une utilisation efficiente de nos ressources actuelles. Par ailleurs, la croissance des besoins de la population et des coûts de santé nous convie à une transformation de nos modes d'organisation des services ainsi que du travail, et nous inscrit dans une dynamique d'amélioration continue de la performance.

Les changements découlant des objectifs poursuivis par le réseau au chapitre de l'optimisation demandent un accompagnement dans la planification et l'implantation pour éviter de demeurer dans nos avenues antérieures et aussi assurer une pérennité au changement.

Axe 4.3

OPTIMISATION DE L'UTILISATION DES RESSOURCES

FORMER LES GESTIONNAIRES ET IMPLANTER DES PROJETS D'OPTIMISATION DANS LES ÉTABLISSEMENTS

Le réseau de la Mauricie et du Centre-du-Québec aspire à être reconnu comme une région qui est à l'enseigne de l'optimisation et de la gestion de la performance. La création par l'UQTR d'un programme de formation en matière de processus d'optimisation s'adressant aux gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux constitue une opportunité en ce sens.

À ce jour, neuf établissements ont inscrit un ou plusieurs gestionnaires au Programme court en gestion de la performance en santé et services sociaux dispensé par la Chaire IRISS de l'UQTR. De plus, outre des rencontres avec les directions d'établissements et les activités de formation portant sur le concept de LEAN *management*, dont certaines sont dispensées dans le cadre de séminaires destinés aux directeurs généraux et aux directeurs généraux adjoints, une première communauté de pratique a aussi été constituée. Elle regroupe des gestionnaires provenant de plusieurs établissements de la région.

L'Agence a négocié avec les représentants de la Chaire IRISS de l'UQTR les différentes modalités permettant le développement du Programme court en gestion de la performance et la mise en œuvre des activités, dont un programme de recherche favorisant le développement d'une culture régionale axée sur l'amélioration de la performance. L'Agence assure, en collaboration avec le MSSS, le financement du volet recherche et développement de cette entente, à la hauteur de 80 000 $ annuellement.

De plus, l'Agence rend disponible un soutien financier non récurrent pour la réalisation, par un établissement ou un collectif d'établissements, de certaines démarches d'optimisation dans la mesure où l'établissement participe au financement des coûts de réalisation du projet, qu'il soit véritablement porteur d'économies ou d'améliorations des services à la clientèle et qu'il soit exportable à d'autres établissements.

Quelques constats :

Au cours du dernier exercice, 25 gestionnaires ont réalisé, dans le cadre du programme de formation développé par l'UQTR, un projet d'optimisation soutenu par la direction de leur établissement. À ces projets se sont ajoutées 24 autres démarches d'optimisation menées avec la collaboration de la Chaire IRISS. Ces projets spécifiques s'ajoutent aux nombreuses autres démarches LEAN réalisées par le réseau régional.

Axe 7.1

QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

L'AGRÉMENT DES ÉTABLISSEMENTS (VOLET MOBILISATION DES RESSOURCES HUMAINES)

La mobilisation des ressources humaines constituant l'un des trois volets évalués dans le cadre de l'agrément, il est attendu que, d'ici le 31 mars 2013, l'ensemble des établissements qui auront réalisé cette démarche aient reçu leur agrément sur ce volet.

En 2011-2012, cinq CSSS ont tous terminé leur démarche d'agrément avec succès. En ce qui concerne la mobilisation des ressources humaines, les résultats satisfaisants qu'ils ont tous obtenus témoignent de l'importance que représentent la contribution des employés dans la recherche de l'excellence et l'offre d'une prestation de services de qualité.

Dans le cadre de ses responsabilités, l'Agence veille à ce que les établissements entreprennent leur démarche d'agrément au moment opportun. De plus, elle reçoit le rapport de l'organisme d'agrément lorsque la démarche est complétée et un suivi est effectué régulièrement, notamment par le comité de vigilance et de la qualité. Enfin, l'analyse des rapports d'agrément permet de dresser un état de situation annuel sur la mobilisation et la satisfaction du personnel pour les établissements ayant réalisé une démarche d'agrément.

Par ailleurs, le sondage *On prend votre pouls* constitue un autre moyen d'évaluer la mobilisation et la satisfaction du personnel à l'égard de leur travail. Ce sondage en ligne, réalisé auprès de 1 521 employés issus de 4 établissements de la région, démontre globalement qu'il règne un climat organisationnel positif dans les établissements concernés. Les employés se sentent valorisés, reconnus et importants et la relation avec les usagers s'avère gratifiante.

L'ACCRÉDITATION DE TYPE ENTREPRISE EN SANTÉ

Au cours de l'année 2011-2012, les établissements de la région devaient s'inscrire à un programme visant l'amélioration du climat de travail tel que Planetree ou Entreprise en santé.

À l'heure actuelle, tous ont identifié le processus privilégié hormis le CSSS de Trois-Rivières qui fera le choix d'un processus d'accréditation dans le cadre de l'élaboration de sa Planification stratégique 2012-2015. Deux établissements ont opté pour s'inscrire à la démarche Planetree et neuf autres ont privilégié l'approche Entreprise en santé. Certains ont amorcé le processus conduisant à l'accréditation, et ce, en arrimage avec le calendrier du processus d'agrément auquel ils sont assujettis.

L'Agence a organisé des rencontres d'information en soutien aux démarches et à la prise de décision des établissements. De plus, l'Agence apporte un soutien financier de 40 000 $ à chaque établissement au moment où il réalise la démarche pour une première fois.

Quelques constats :

- Les cinq établissements ayant réalisé une démarche d'agrément cette année ont tous obtenu un résultat supérieur à 90 % en ce qui a trait aux critères d'évaluation de la qualité du milieu de travail.
- La réalisation d'un sondage auprès d'employés du réseau a permis de constater les aspects positifs du climat organisationnel et d'identifier des éléments influençant la satisfaction au travail.
- Sauf exception, tous les établissements s'apprêtent ou ont déjà débuté un processus d'accréditation portant sur l'amélioration du climat de travail.

Axe 7.2

DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

APPRÉCIER LA CONTRIBUTION DU PERSONNEL

La région s'est dotée d'un cadre de référence en matière d'appréciation de la contribution du personnel campant les principes, les objectifs visés ainsi que les conditions de succès et outils pour la réalisation de cette activité. L'Agence a finance la démarche d'élaboration du cadre de référence, réalisée par un professeur-chercheur titulaire à l'UQTR.

SOUTENIR LA RELÈVE PROFESSIONNELLE

La gestion de la relève constitue un facteur déterminant en matière de recrutement de rétention de la main-d'œuvre. On vise notamment à ce que le rôle de précepteur-mentor-parrain (encadrement clinique) et son importance soient valorisés dans les organisations, et ce, à tous les niveaux afin d'instaurer une culture de la gestion de la relève au sein de nos établissements. La stratégie régionale consiste à diffuser les paramètres de préceptorat et à assurer l'accès au financement disponible. Bien que les moyens se concrétisent au niveau local, l'Agence apporte un soutien aux établissements afin qu'ils instaurent des programmes d'encadrement de la relève, notamment auprès des directrices de soins infirmiers.

DÉVELOPPER LES COMPÉTENCES ET ACCOMPAGNER LES GESTIONNAIRES

On constate aussi que la volonté d'améliorer leurs compétences de gestion est manifeste chez les gestionnaires. Il importe donc de diffuser et de soutenir le partage et le transfert de connaissances.

L'Agence a ainsi soutenu financièrement l'élaboration, par HEC Montréal, d'un programme de formation et d'habilitation du personnel d'encadrement dans une perspective de consolidation et de valorisation du rôle des cadres. Ce programme a été déployé dans plusieurs établissements.

Par ailleurs, un programme de formation continue destiné aux cadres, offrant des thématiques à la carte et diffusé notamment en mode *E-Learning*, est en élaboration en collaboration avec l'UQTR. Ce programme permettra de créer une communauté de pratique à l'instar du Programme court en gestion de la performance destiné aux cadres chargés de conduire une démarche d'optimisation au sein de leur établissement.

Quelques constats :

Au 31 mars 2012 :

- Tous les établissements de la région se sont dotés d'un programme d'appréciation de la contribution du personnel et en ont amorcé la mise en œuvre.
- Tous les établissements ont accès et utilisent le Programme de soutien au préceptorat.
- Tous les cadres peuvent bénéficier d'un plan individuel de développement des compétences, lequel se réalise généralement dans le cadre de la démarche d'appréciation de la contribution.

PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE

Axe 8.1

METTRE À JOUR LES PLANS DE MAIN-D'OEUVRE

Le plan de main-d'œuvre permet de dresser un état de situation, de cibler les points problématiques, d'aider à la prise de décision et à la planification des actions pour assurer les soins de santé et de services sociaux à la population. Il importe donc de pouvoir disposer d'un plan régional de main-d'œuvre et de plans locaux de main-d'œuvre régulièrement mis à jour.

Pour soutenir ces travaux de planification et les actions qui en découlent, le réseau de l'éducation et celui de la santé et des services sociaux ont convenu de se doter de ressources professionnelles, l'une pour la Mauricie et l'autre pour le Centre-du-Québec, et d'en assurer le financement conjoint. Les travaux et analyses que produisent ces chargées de projets permettent aux partenaires de réaliser leurs objectifs communs.

Tous les établissements ont produit et déposé leur plan local de main-d'œuvre avant l'échéance du 31 octobre 2011. Il est à noter que l'Agence organise annuellement une session de formation et d'information, et offre un soutien technique tout au long du processus de confection de ces plans.

L'Agence a organisé et tenu un forum régional de main-d'œuvre, permettant aux parties prenantes (directeurs des ressources humaines des établissements, coordonnateurs des stages et représentants des commissions scolaires et maisons d'enseignement) de s'approprier le Plan régional de main-d'œuvre, les défis afférents et les actions à poursuivre ou à mettre en œuvre.

ACTUALISER LA STRATÉGIE RÉGIONALE DE MAIN-D'ŒUVRE

La concertation et la collaboration de tous les milieux impliqués sont nécessaires pour assurer une main-d'œuvre qualifiée en quantité suffisante pour les années à venir. Ainsi, les axes de partenariat et de promotion sont particulièrement ciblés.

À la lumière des données sur les étudiants et finissants des programmes reliés aux professions en difficulté de recrutement, en considérant plus particulièrement les programmes d'études offerts dans notre région, l'Agence met à jour annuellement sa stratégie régionale de main-d'œuvre en lien avec le comité régional de la planification de la main-d'œuvre (PMO) et les divers partenaires intersectoriels. Régionalement, on vise une augmentation des inscriptions et du taux de fidélisation des finissants des programmes de formation des professions en difficulté de recrutement afin d'augmenter le bassin de recrutement potentiel.

Au 31 mars 2012, on constate que :

- Les programmes Santé, assistance et soins infirmiers (DEP), Technologies d'analyses biomédicales (DEC) et Techniques d'inhalothérapie (DEC) avaient connu une légère hausse des inscriptions. Le nombre d'inscriptions est constant pour les programmes menant aux titres d'emploi préposé aux bénéficiaires (PAB), infirmière, infirmière clinicienne, ergothérapeute et technologue en radiodiagnostic.

- Le taux de réussite est à la hausse chez les aspirants PAB, inhalothérapeutes et infirmières cliniciennes, et il demeure constant chez les futures infirmières. Malheureusement, le taux de réussite a légèrement diminué pour les futures infirmières auxiliaires et technologistes médicaux.

- Enfin, puisque les programmes en ergothérapie et technologie en radiodiagnostic ne sont offerts que depuis peu par des établissements d'enseignement de la région, aucun finissant n'est encore disponible.

Quelques constats :

- La mise à jour des plans locaux a permis la production d'un plan régional couvrant les 24 titres d'emplois jugés prioritaires en Mauricie et au Centre-du-Québec.
- Les données relatives aux cohortes des programmes d'études offerts dans la région confirment l'importance de poursuivre les actions auprès des jeunes afin de mieux faire connaître les opportunités de carrière dans le réseau de la santé et des services sociaux.
- Différentes actions sont menées pour promouvoir les carrières en santé et services sociaux. Par exemple, le Salon des carrières et professions en santé et services sociaux, dans ses deux éditions annuelles avec les partenaires de l'éducation et de l'emploi (l'une en Mauricie et l'autre au Centre-du-Québec), permet de rejoindre les jeunes du secondaire au moment où ils réfléchissent à leur choix de carrière.
- Le site d'offres d'emploi *Travailler en santé* est un autre lieu de visibilité et de promotion du réseau régional. Chaque année, une campagne de promotion du site est organisée.
- Enfin, d'autres publications dans les médias spécialisés sont aussi réalisées (ex. : Répertoires Sciences).

OPTIMISER L'UTILISATION DE LA MAIN-D'OEUVRE

Le phénomène de rareté de la main-d'œuvre risque de s'accentuer puisqu'il prend de l'ampleur dans plusieurs secteurs d'activités. Par conséquent, une vive concurrence est de plus en plus palpable, notamment en matière d'attraction des jeunes dans les différentes disciplines. Notre réseau n'échappe pas à cette réalité. Un tel contexte nous invite donc à revoir certaines pratiques de gestion des ressources humaines, dont les structures de postes, les horaires de travail et la présence au travail.

Les actions mises en oeuvre sur ce plan visent ainsi à :

- diminuer au maximum le temps supplémentaire et éliminer l'imposition aux infirmières d'effectuer du temps supplémentaire obligatoire;
- briser ou éviter le cercle vicieux de recours aux agences privées;
- améliorer la présence et le bien-être au travail.

L'Agence assure un monitorage de la situation et fait le point périodiquement avec les directeurs des ressources humaines des établissements. Une session de travail régionale a été organisée dans le but de permettre une bonne appropriation des différentes variables qui influencent la présence au travail, de partager les pratiques en matière de gestion de dossier de santé du personnel et, enfin, d'identifier des actions régionales à éventuellement mettre en place pour aider les établissements à composer avec le phénomène d'absentéisme pour des raisons de maladie.

Quelques constats :

- Au 31 mars 2012, la région présente un ratio d'assurance salaire de 5,94 % comparativement à son engagement de 5,19 %.
- En matière de temps supplémentaire pour les infirmières, nous complétons l'exercice avec un pourcentage de 5,32 % alors que l'engagement était de 4,96 %. Pour l'ensemble du personnel, le taux se situe à 3,52 % comparativement à la cible de 3,10 %.
- Finalement, le pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante pour les infirmières se situe à 0,43 % comparativement à notre engagement fixé à 0,96 %. Pour les infirmières auxiliaires, on constate un pourcentage de 0,44 % alors que l'engagement était de 0,46 % et pour les préposés aux bénéficiaires, le taux se situe à 0,24 % par rapport à un engagement de 0,15 %.

PRIORITÉS ET PLANS D'ACTION – PARACHÈVEMENT

Le réseau régional poursuit la réalisation de plusieurs plans d'action et projets qui ne sont pas associés aux trois grands chantiers intégrateurs, mais qui contribuent également à l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité, de l'efficience et de la qualité des services.

Ce sont des projets transversaux qui portent sur différents sujets (ressources informationnelles, optimisation des processus, adoption des meilleures pratiques cliniques et de gestion, etc.) ou des plans d'action liés à l'organisation des services pour certaines problématiques (santé mentale, cancer, jeunes en difficulté, etc.).

Des objectifs liés à la réalisation de ces projets et plans d'action sont inscrits au Plan d'action régional parce qu'ils s'inscrivent dans la réponse aux grands enjeux de la Planification stratégique 2010-2015.

La présente section présente ainsi une synthèse des résultats obtenus en 2011-2012 dans la perspective du parachèvement de ces priorités et plans d'action.

Axe 1.1

DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS LOCALES

L'INSTRUMENTATION DES COMMUNAUTÉS LOCALES

La Direction régionale de santé publique, en collaboration avec ses partenaires, a développé une instrumentation d'appréciation du potentiel de développement des communautés. Cet outil vise à soutenir l'identification des actions et interventions permettant de renforcer le potentiel des communautés. Son utilisation doit s'inscrire dans une démarche locale intégrée de soutien au développement des communautés contribuant aussi à la réduction des inégalités sociales de santé.

L'Agence accompagne donc les CSSS dans le développement de leur expertise à l'utilisation de cette instrumentation. Par sa participation aux comités régionaux de développement social, la Direction de santé publique sensibilise les partenaires à l'importance de soutenir le développement des communautés les plus vulnérables. La Direction de santé publique assure aussi la formation des intervenants à l'instrumentation avec une approche se fondant à la fois sur les compétences et expériences des intervenants terrain et sur l'expertise régionale.

Axe 2.1

ACCÈS À DES SERVICES MÉDICAUX DE PREMIÈRE LIGNE DANS UNE APPROCHE INTÉGRÉE ET INTERDISCIPLINAIRE

LE DÉPLOIEMENT DES GMF

L'implantation des GMF vise à assurer la prise en charge complète et le suivi régulier des personnes inscrites et à offrir une plus grande accessibilité des services en heures défavorables (en soirée et les fins de semaine) pour cette clientèle.

En mars 2012, le DRMG a recommandé l'accréditation d'un nouveau GMF sur le territoire de la Vallée-de-la-Batiscan. Ce GMF, qui regroupe l'ensemble des médecins de ce territoire, assurera la prise en charge de 15 000 patients et favorisera une plus grande concertation du corps médical avec le CSSS.

L'Agence a accompagné les médecins de Drummondville et de la Vallée-de-la-Batiscan dans le développement de leur offre de service GMF. De plus, l'Agence a contribué de manière très significative à ce que les résultats informatisés de laboratoire et de radiologie soient accessibles aux fournisseurs de dossier médical électronique (DME) implanté dans les GMF.

Quelques constats :

- Actuellement, 21 GMF sont en place sur notre territoire, soit 12 au Centre-du-Québec et 9 en Mauricie. Deux nouveaux GMF s'ajouteront sous peu à cette liste.
- Au 31 mars 2012, 273 378 personnes étaient inscrites auprès des 263 médecins de la région qui pratiquent en GMF.

L'IMPLANTATION DE CLINIQUES RÉSEAU

Une clinique réseau améliore l'offre de services médicaux telles les consultations avec et sans rendez-vous pour les patients qui n'ont pas de médecin de famille. Elle assure aussi la prise en charge de ces patients orphelins pour leur épisode de soins à court terme.

L'implantation d'une nouvelle clinique réseau est tributaire de la volonté des médecins d'y participer. Celle-ci reste à concrétiser dans le territoire qui était visé en 2011-2012. Par ailleurs, la clinique réseau en place dans le territoire du CSSS Drummond a été consolidée. Le Réseau d'accessibilité médicale Drummond a obtenu son renouvellement à l'automne 2011 avec une offre de service améliorée. Par conséquent, le nombre de personnes vues les fins de semaine a augmenté. L'Agence assume le tiers du financement des ressources octroyées au RAMD.

Axe 2.2

ACCÈS AUX SERVICES DIAGNOSTIQUES ET MÉDICAUX SPÉCIALISÉS

L'ACCÈS AUX CHIRURGIES ÉLECTIVES, SERVICES DIAGNOSTIQUES ET CONSULTATIONS EN SPÉCIALITÉ MÉDICALE

Depuis juin 2007, un mécanisme central de gestion de l'accès aux services spécialisés et surspécialisés a été implanté dans les établissements. La chirurgie a été le premier domaine intégré et des efforts considérables ont été investis par les différents acteurs afin d'offrir à la population un accès équitable, efficient et de qualité. Dans la région, les cinq établissements concernés par ce volet ont actualisé les mesures prescrites. Le travail effectué au cours des dernières années a permis l'atteinte de l'ensemble des cibles fixées pour les chirurgies électives.

Dans la poursuite des orientations portant sur l'amélioration de l'accessibilité aux services, le second secteur visé est celui de l'imagerie médicale. À cet égard, le délai maximal pour l'obtention d'un rendez-vous à un examen d'imagerie médicale est établi à trois mois tandis que le délai de lecture de l'examen par le radiologiste ainsi que la transcription du rapport doivent être réalisés dans un délai maximal de sept jours pour chacune de ces activités.

Le secteur des services diagnostiques a été priorisé en 2011-2012. Les travaux poursuivis par l'Agence et les établissements ont permis de tendre vers les cibles visées pour 2015 en améliorant le délai d'accès à certains examens.

Les thèmes abordés au cours de l'année ont été les suivants :

- contribution à la mise en place de corridors d'échange de services entre les établissements;
- soutien à la réorganisation du travail et à l'augmentation des plages horaires de certains plateaux techniques permettant l'augmentation du nombre d'examens;
- coordination de la signature d'une entente par l'ensemble des directeurs généraux des établissements permettant le décloisonnement des systèmes d'entreposage des images (PACS). Ceci devrait permettre de rendre accessibles les résultats d'examens d'imagerie médicale à l'ensemble des médecins ciblés œuvrant dans les établissements de la région;
- animation du comité de travail des radiologistes visant à identifier et mettre en place les mesures structurantes pour atteindre les cibles fixées.

Quelques constats :

- Plus de 90 % des personnes inscrites au mécanisme central sont traitées dans un délai inférieur à 6 mois, et ce, pour l'ensemble des chirurgies.
- En imagerie médicale, la proportion de demandes de service en attente de moins de 3 mois est passée de 59 % au 31 mars 2011 à 67 % au 31 mars 2012.

Axe 3.1

INTÉGRATION DE LA PROMOTION-PRÉVENTION DANS LE CONTINUUM DE SERVICES

LES DÉPENDANCES - RECHERCHE DE CAS ET COUNSELING SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL

Afin d'implanter la pratique clinique préventive reliée à la problématique de la consommation d'alcool auprès des professionnels de la santé, l'Agence soutient les services-conseils en prévention clinique des CSSS.

Le programme Alcochoix+ fait l'objet de promotion auprès des milieux cliniques. Au cours de l'année, l'Agence et les CSSS ont convenu de la méthode à employer pour documenter le nombre de références provenant des GMF, des cliniques médicales et des pharmacies vers ce service; l'intention étant de renforcer la prévention en première ligne et de faciliter l'accès à des corridors de services disponibles pour la prise en charge des clients. Les premières données seront disponibles sous peu.

LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG (ITSS)

La hausse constante des cas de chlamydia dans la région, particulièrement chez les jeunes de 15 à 24 ans, ajoute à l'importance d'améliorer le dépistage et les interventions préventives rapides et efficaces auprès des personnes à risque, des personnes atteintes et de leurs partenaires.

Deux objectifs ont été identifiés en 2011-2012 :

- Réviser l'organisation des services de dépistage des ITSS en CSSS pour rejoindre les groupes les plus touchés.
- Promouvoir le contexte d'une consultation dans les milieux cliniques (cliniques médicales et GMF) pour faire du dépistage des ITSS lorsque pertinent.

Une tournée des CSSS a ainsi été réalisée pour dresser un portrait des services de dépistage des ITSS et de l'intervention préventive auprès des personnes atteintes et des partenaires. Les rencontres avec les intervenants concernés de chacun des CSSS ont notamment permis d'échanger sur leur offre de service et sur les points à consolider dans leur plan d'organisation. L'Agence a joué un rôle d'expertise-conseil en lien avec les meilleures pratiques.

LE SUICIDE - DÉPISTAGE DE LA DÉPRESSION CHEZ CERTAINES CLIENTÈLES SPÉCIFIQUES

La mise en œuvre de ce dossier est inscrite au Plan d'action régional 2011-2013. Son actualisation débutera au cours des prochains mois, lorsque seront diffusées les orientations relativement au dépistage de la dépression chez les personnes âgées et chez les adultes, auxquelles travaille le comité ministériel sur la promotion de la santé mentale, prévention des troubles mentaux et suicide.

LA MISE EN OEUVRE DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL ET DES PLANS D'ACTION LOCAUX EN SANTÉ PUBLIQUE

Il y a 85 activités dans le Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008 (PNSP), qui sont réparties en six domaines d'intervention : développement, adaptation et intégration sociale, habitudes de vie et maladies chroniques, traumatismes non intentionnels, maladies infectieuses, santé environnementale et santé en milieu de travail.

Le PNSP est une référence pour les actions de santé publique. Adaptés aux particularités régionales et locales, le Plan d'action régional de santé publique (PARSP) et les plans d'action locaux de santé publique (PALSP) ont été conçus à partir du PNSP.

Pour le PARSP, 78,4 % des activités sont implantées ou en voie d'implantation au 31 mars 2012 : l'objectif établi à 76 % est donc dépassé. Une évaluation est actuellement en cours pour mesurer l'implantation des activités dans les PALSP. Ces bilans soutiendront la planification des activités du PARSP et des PALSP pour la période 2013-2015.

Avec la contribution des membres de la Table de coordination régionale de santé publique, l'Agence s'assure de la mise en place d'un processus de planification permettant d'identifier les activités du PNSP qui devront être priorisées d'ici 2015 et de voir à leur implantation. Il appartient aussi à l'Agence d'implanter des conditions favorables à la mise en œuvre du PARSP et des PALSP et de veiller à leur consolidation. Le suivi de l'avancement des activités est réalisé sur une base annuelle. Enfin, le bilan réalisé par l'Agence permet, lorsque nécessaire, de réajuster l'utilisation des ressources ainsi que les façons de faire dans un objectif d'optimisation.

Quelques constats :

- Au 31 mars 2012, 100 % des CSSS ont remis leur plan d'organisation des services de dépistage des ITSS à l'Agence.
- La majorité (78,4 %) des activités prévues au Plan d'action régional de santé publique sont implantées ou en voie d'être implantées.

Axe 3.2

HARMONISATION, HIÉRARCHISATION ET INTÉGRATION DES SERVICES

LA RÉPONSE TÉLÉPHONIQUE DU VOLET SOCIAL DU SERVICE RÉGIONAL INFO-SANTÉ/INFO-SOCIAL (SRISIS)

Entre 2008 et 2010, des travaux visant l'élargissement 24/7 de la réponse téléphonique du volet social du Service régional Info-Santé/Info-Social ont été réalisés. Cet élargissement est devenu effectif le 1er décembre 2010.

Lors de la création du volet Info-Social au début des années 2000, il a été décidé régionalement de mettre en place une bascule téléphonique pour le volet social vers le service Info-Santé. Ce modèle permettait ainsi une réponse par une infirmière lorsque tous les intervenants psychosociaux étaient déjà en ligne. Ce mode de fonctionnement est toujours existant aujourd'hui, ce qui nous permet d'assurer une réponse en moins de 4 minutes.

Dans le cadre du suivi à l'implantation 24/7 du volet social, l'Agence a piloté un comité régional de coordination réunissant le SRISIS, les CSSS et leurs principaux partenaires. De plus, un programme de formation a été élaboré et est en voie de réalisation afin de développer ou de consolider, selon le cas, l'expertise des intervenants du SRISIS et des équipes de 24/7 des CSSS. L'Agence a aussi produit un aide-mémoire à l'intention des policiers et a amorcé une tournée des différents postes de la région afin de promouvoir l'utilisation de la ligne partenaire ainsi que des équipes de crise 24/7 des CSSS.

Quelques constats :

- Au 31 mars 2012, 92,9 % des appels psychosociaux répondus ont eu accès à une réponse en moins de 4 minutes. Cette performance est supérieure à l'objectif de 75 % établi par le MSSS.
- Le plan d'action élaboré par l'Agence dans le cadre du déploiement 24/7 a permis un rapprochement entre les services d'urgence sociale du Centre jeunesse et le SRISIS avec le transfert de l'équipe de l'urgence sociale dans les locaux du SRISIS.
- Des protocoles d'arrimages entre le SRISIS et les centres de prévention du suicide, ainsi qu'entre les CSSS et les services policiers ont été élaborés par l'Agence en collaboration avec les acteurs concernés et sont en voie d'être signés.

LES SERVICES OFFERTS AUX PERSONNES PRÉSENTANT DES PROBLÉMATIQUES MULTIPLES : DÉVELOPPEMENT D'UNE OFFRE DE SERVICE RÉGIONALE ET IMPLANTATION DE QUATRE MESURES SPÉCIFIQUES

Malgre la volonte du reseau a promouvoir l'integration et la participation sociale dans la communaute, celui-ci est vite confronte a des limites importantes lorsqu'une personne presente des problematiques multiples et complexes associees a un potentiel de dangerosite. L'actualisation du Complement aux orientations regionales concernant les services offerts aux personnes presentant des problematiques multiples, adopte en 2009, vise a soutenir les etablissements qui œuvrent aupres de cette clientele.

Le document identifie quatre mesures devant faire l'objet d'une proposition d'offre de service par les etablissements mandates a cette fin. Ce sont :

- un centre d'expertise et de formation sur les troubles de comportement;
- une ressource de transition offrant un service d'evaluation et d'intervention intensive pour la clientele du programme DI-TED avec troubles graves du comportement;
- un service d'hospitalisation et d'hebergement securitaires;
- un service d'evaluation externe.

Le CSSS de l'Energie et le CRDITED MCQ - IU ont ete mandates par l'Agence pour elaborer une offre de service regionale. Par ailleurs, la contribution des autres etablissements de la region est necessaire pour assurer le succes de l'implantation des mesures prevues. Au 31 mars 2012, les travaux prealables a l'elaboration des propositions d'offre de service, mettant a contribution l'ensemble des etablissements de la region, sont termines. Consequemment, les etablissements mandataires ont elabore ou sont en elaboration de leurs propositions respectives.

A ce jour, une seule des quatre mesures est operationnelle. Il s'agit de la ressource de transition devant offrir un service d'evaluation et d'intervention intensive a la clientele adulte du CRDITED MCQ - IU presentant des troubles graves du comportement.

Le leadership assume par l'Agence dans la mise en œuvre du complement aux orientations regionales se traduit concretement par la coordination des travaux entourant la structure d'implantation des mesures prevues.

Plus precisement, l'Agence pilote les travaux du comite de suivi a l'implantation et des groupes de travail associes a chacune des quatre mesures, assurant ainsi la liaison et l'harmonisation des actions dans une perspective regionale. A titre indicatif, voici quelques-unes des actions posees dans la sequence menant a la mise en œuvre des mesures :

- Elaboration d'un protocole d'arrimage quant au partage global de l'offre de service concernant la clientele presentant des problematiques multiples.
- Conception d'un guide d'objectivation des comportements a caractere dangereux. Ce guide vise a soutenir les intervenants du reseau regional œuvrant aupres de personnes presentant des comportements problematiques.
- Analyse de la pertinence de dedier un equivalent temps complet en psychiatrie au plan regional d'effectifs medicaux en specialites pour 2013, en lien avec les mesures du complement.

L'actualisation des mesures annoncees permettra d'assurer l'acces, la continuite et la complementarite des services de premiere ligne et des services specialises offerts a cette clientele. Malgre l'importance des etapes franchies jusqu'a maintenant, il demeure neanmoins que l'avancement de ce dossier est complexe et appelle a un leadership transformationnel.

LE PLAN RÉGIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER

Le Programme québécois de lutte contre le cancer est bien implanté dans la région. Des actions sont toutefois nécessaires pour consolider les services actuels et poursuivre la mise en place de mesures efficaces de lutte contre le cancer.

Une attention particulière est portée aux volets suivants : disponibilité des données clinico-administratives nécessaires au suivi, monitorage et évaluation des services, activités d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité des services, implication du médecin de famille dans le continuum de services et poursuite de la mise en œuvre de la politique en soins palliatifs.

Le document *Organisation des services de lutte contre le cancer en Mauricie et Centre-du-Québec*, diffusé en février 2012, dresse le portrait des services offerts en cancer, de la prévention jusqu'à la phase de fin de vie. Pour sa part, le Plan d'action régional 2011-2015 de lutte contre le cancer précise les actions à entreprendre ou à développer dont la promotion du rôle du médecin de famille, la coordination en soins palliatifs et le panier de services, ainsi que l'accès à l'infirmière pivot en oncologie (IPO) et aux soins palliatifs. L'Agence coordonne la mise en œuvre des actions identifiées à ce plan avec la collaboration et le soutien des trois comités concernés : le comité régional de lutte contre le cancer (CRLCC), le comité régional en soins palliatifs ainsi que le comité des gestionnaires en oncologie.

Implanter les outils permettant l'accès aux données requises pour mesurer l'atteinte des cibles, dont le délai d'accès à l'infirmière pivot et aux traitements

Depuis le 1er avril 2011, et ce rétroactivement au 1er janvier 2011, les quatre établissements avec laboratoire de pathologie transmettent des données, par fichier Web, sur les cas de cancer au ministère de la Santé et des Services sociaux. Des travaux sont en cours afin de déterminer l'organisation régionale qui soutiendra l'implantation des registres locaux de cancer (RLC), qui alimenteront à leur tour le Registre québécois du cancer, au cours de l'année 2012-2013. Chacun des établissements ou œuvre une équipe interdisciplinaire en oncologie devra tenir un RLC.

L'Agence contribue à la coordination de la mise en œuvre des registres locaux de cancer et s'assure du soutien et du suivi aux établissements impliqués. Un suivi est aussi réalisé auprès des comités régionaux de coordination et des comités locaux qui ont été créés pour l'implantation des RLC.

Quelques constats :

La cible du MSSS fixe à 90 % la proportion des usagers devant être traités à l'intérieur de quatre semaines :

- L'accessibilité aux services de radiothérapie est mesurée et les résultats indiquent que le délai de 28 jours ou moins pour débuter le traitement est respecté dans 99,7 % des cas.
- En chimiothérapie, les données ne sont pas encore disponibles, mais on constate que les usagers sont rapidement pris en charge et qu'il n'y a pas d'attente.
- Des travaux sont toujours en cours afin d'évaluer adéquatement le délai d'attente pour la chirurgie oncologique ainsi que le délai pour l'accès à une infirmière pivot en oncologie.

LE PLAN D'ACTION RÉGIONAL EN SANTÉ MENTALE

L'implantation dans la région du Plan d'action ministériel en santé mentale 2005-2010 a exigé un virage important au niveau de l'organisation des services. Afin de favoriser, entre autres, la prise en charge de la clientèle par les services de 1re ligne, des investissements significatifs ont été effectués pour consolider les équipes de santé mentale ainsi que les équipes de

soutien d'intensité variable. Il demeure néanmoins des actions à mettre de l'avant pour améliorer la fluidité des services en santé mentale et atteindre les cibles établies par le MSSS ou dans le cadre de la planification stratégique régionale.

La fonction de psychiatre répondant en 1re ligne

La région poursuit ainsi l'objectif d'instaurer la fonction de psychiatre répondant en première ligne de manière à ce que chaque CSSS ait accès, d'ici le 31 mars 2013, au soutien continu d'un psychiatre répondant dédié à son équipe de 1re ligne en santé mentale.

Jusqu'à maintenant, deux des huit territoires ont débuté des activités de soutien aux équipes de 1re ligne en CSSS et aux omnipraticiens de leur RLS. Il est à noter que la pénurie de psychiatres dans la région est un frein au développement de cette mesure. Au cours de la prochaine année, l'Agence compte explorer, en collaboration avec les principaux partenaires concernés, des pistes permettant de surmonter cet obstacle et de mettre en place une stratégie régionale d'implantation.

Les ententes de services avec les établissements surspécialisés (3e ligne)

Au cours de l'année 2011-2012, l'Agence a mené les actions nécessaires en vue d'une formalisation du corridor d'accès aux services de 3e ligne offerts par l'Institut universitaire en santé mentale Douglas.

Les contacts réalisés avec l'établissement visent plus spécifiquement à identifier l'offre de service pouvant être déployée à notre région relativement au traitement des troubles de comportements alimentaires. À ce jour, des arrimages sont prévus pour le transfert de connaissance (formation aux équipes de 1re et 2e ligne de la région) et la mise en place d'un soutien à l'évaluation et au traitement des personnes prises en charge par les établissements de notre région. Des démarches semblables sont aussi envisagées avec le Centre hospitalier Sainte-Justine.

En vue d'atteindre ces objectifs, différentes mesures ont été mises de l'avant au cours de l'année 2011-2012. L'Agence a notamment coordonné l'élaboration d'un cadre de référence concernant l'offre de service 1re ligne en santé mentale adulte ainsi que la hiérarchisation des services. Un portrait de l'évolution de la pratique de soutien d'intensité variable (SIV) depuis sa mise en place a aussi été présenté aux directeurs du Programme de santé mentale en CSSS. Enfin, la visite de *coaching* pour les équipes SIV de tous les CSSS de la région, offert par le Centre national d'excellence en santé mentale, a été planifiée et coordonnée au plan régional.

LE PLAN D'ACCÈS POUR LES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE

Le plan d'accès a introduit des standards balisant les délais d'accès aux services en fonction de niveaux de priorité. Au cours des dernières années, plusieurs mesures ont été mises en place par les établissements afin de s'assurer du respect des délais d'accès, notamment la gestion centralisée des listes d'attente, la révision des processus d'accès aux services et, dans certains cas, la réorganisation des services.

Trois des objectifs poursuivis dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'accès sont inscrits au Plan d'action régional 2011-2013.

Assurer la qualité des données permettant d'établir les taux de respect des délais d'accès

La qualité des données monitorées constitue un élément clé pour le suivi du plan d'accès. L'Agence et les établissements poursuivent ainsi des travaux d'amélioration afin que les données analysées traduisent le plus fidèlement possible la situation observée sur le terrain.

Au cours de la dernière année, le processus d'accès aux services a été révisé. En conséquence, l'Agence a finalisé et diffusé un guide complémentaire au cadre normatif I-CLSC afin d'harmoniser et de faciliter la saisie de données relatives aux demandes de services liées au plan d'accès. L'Agence a aussi produit, en collaboration avec les gestionnaires d'accès des

établissements, un outil visant à soutenir les intervenants des CSSS dans le processus d'identification de la clientèle visée par le programme-service Déficience physique.

Optimiser les processus de réception, d'analyse et d'orientation des demandes de services

L'attribution du niveau de priorité et, conséquemment, des délais à l'intérieur desquels on prévoit l'accès à un premier service est réalisée au moment de la réception et de l'analyse des demandes de services; d'où l'importance de s'assurer de leur efficience.

La contribution de l'Agence à l'optimisation de ces processus s'illustre de différentes manières :

- coordination des rencontres des gestionnaires d'accès en établissement;
- suivi des taux de respect des délais en CSSS et en centre de réadaptation (CR);
- réalisation et présentation d'un bilan du Plan d'amélioration de l'accès et de la continuité (PRAAC) 2010-2011;
- validation et diffusion du guide de saisie des demandes de services liées au Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience;
- validation d'un document portant sur l'identification de la clientèle en déficience physique.

Les plans de services individualisés

Les personnes ayant une déficience et leur famille ont régulièrement besoin de services offerts simultanément par plusieurs établissements et organismes, notamment lors des périodes de transition de la vie.

Afin d'assurer la continuité et la complémentarité des services offerts, la réalisation d'un plan de services individualisés a été retenue comme un standard de continuité dans le cadre du plan d'accès. L'harmonisation des pratiques constitue un premier objectif à atteindre en vue d'une plus grande utilisation de cet outil. Un tableau comparatif des termes et pratiques de planification cliniques utilisés dans différents programmes-services (Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, Déficience physique, Perte d'autonomie liée au vieillissement et Enfance, jeunesse, famille) a ainsi été présenté aux gestionnaires d'accès des établissements.

Quelques constats :

- Globalement, on estime à plus de 85 % les taux de respect des délais d'accès. Les établissements de première ligne et de services spécialisés s'appliquent à apporter les ajustements nécessaires pour assurer le respect des standards.
- Les travaux de la mise en œuvre du plan d'accès ont progressé à un rythme appréciable. La plupart des composantes sont implantées ou en voie de l'être et les efforts déployés s'inscrivent dans le cadre d'un processus d'amélioration continue.

LA MISE EN ŒUVRE DES ORIENTATIONS RÉGIONALES EN DÉPENDANCES

Les Orientations régionales en dépendances 2008-2012 visent à prévenir, réduire et traiter les dépendances, et limiter les conséquences qui y sont associées.

Le repérage, détection, orientation et référence en matière de dépendances

Les personnes présentant ou étant à risque de présenter des problèmes d'abus ou de dépendances consultent, de façon générale, sous d'autres motifs que la consommation. Il importe donc d'effectuer le repérage et la détection afin d'orienter la personne vers les services adaptés à ses besoins.

Le cadre de référence conçu par l'Agence relativement au repérage, à la détection, à l'orientation et à la référence en matière de dépendances, et auquel les CSSS ont signifié leur adhésion, est actuellement en déploiement.

La mise en œuvre d'un programme régional d'évaluation spécialisée pour les personnes dépendantes

Afin d'améliorer l'accessibilité aux services d'évaluation spécialisée, le MSSS souhaite que la région se dote d'un programme régional d'évaluation spécialisée. L'Agence a confié à Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec la tâche d'élaborer et d'assurer la coordination de ce programme. Il est à noter cependant que les résultats de l'établissement surpassent déjà la cible attendue par le MSSS pour 2015.

Quelques constats :

- Dans les 8 CSSS de la région, 443 adultes ont reçu des services, que ce soit de repérage, de détection ou d'intervention précoce relativement à leurs habitudes de consommation d'alcool, de drogues ou de jeux de hasard et d'argent.
- Plus de 85 % de la clientèle de l'établissement est évaluée à l'intérieur d'un délai de 15 jours et cette proportion dépasse la cible attendue pour 2015 (80 %).

L'INTERVENTION CONCERTÉE DANS LE CADRE DE L'OFFRE DE SERVICE POUR LES JEUNES EN DIFFICULTÉ ET LEUR FAMILLE

Les modifications apportées à la Loi sur la protection de la jeunesse en 2007 ont eu des conséquences dans l'organisation des services du réseau de la santé et des services sociaux. On constate notamment que certaines zones de collaboration entre la 1re et la 2e ligne demeurent à clarifier pour permettre une réponse intégrée et coordonnée aux besoins des jeunes en difficulté.

Les mécanismes de prise en charge des cas complexes et litigieux

De telles situations interpellent plusieurs acteurs, en santé et services sociaux comme du milieu scolaire. Il a donc été prévu que des mécanismes permettant la prise en charge et l'orientation des cas complexes et litigieux soient implantés dans chaque territoire MELS-MSSS.

Au terme de l'année 2011-2012, des mécanismes conjoints sont en place sur les cinq territoires MELS-MSSS établis selon le découpage territorial des commissions scolaires. Différents partenaires y sont associés : CSSS, Centre jeunesse, commissions scolaires et Domrémy. D'autres organisations (CRDITED MCQ - IU, InterVal, CPE, organismes communautaires, etc.) peuvent s'ajouter au besoin. Toutefois, les découpages territoriaux différents entre les commissions scolaires et les CSSS de la Mauricie complexifient l'implantation des mécanismes sur la Rive-Nord.

L'Agence, dans le cadre des travaux du comité régional de déploiement de l'offre de service du programme Jeunes en difficulté a défini les modalités régionales, ainsi que les critères minimaux qui doivent être mis en place sur chacun des territoires MELS-MSSS pour assurer un fonctionnement optimal des mécanismes de règlement des litiges. Maintenant que tous les territoires MELS-MSSS ont mis en place un mécanisme, l'Agence devra effectuer un suivi à l'implantation, plus particulièrement sur les territoires de la Mauricie, pour s'assurer que tous les CSSS puissent en bénéficier.

Les protocoles d'arrimages avec le milieu scolaire

On constate que certaines situations peuvent être abordées plus efficacement dans le cadre d'un protocole d'arrimages entre le Centre jeunesse, les CSSS et le milieu scolaire. Ce sont les situations de retrait et de placement dans le cadre de la LSSSS, les interventions en troubles de comportement et la gestion de la crise, la négligence, la clientèle non collaboratrice, etc.

Pour 2011-2012, la région poursuivait l'objectif que soient mis en place des protocoles d'arrimages entre les CSSS et le Centre jeunesse sur l'ensemble du territoire.

Une démarche d'appropriation a été amorcée dans toute la région, en avril 2011. Ces travaux visaient principalement à sensibiliser les intervenants au contenu des protocoles d'arrimages et à développer un langage commun. Des travaux ont ensuite débuté sur cinq des huit territoires de CSSS. Des comités de mise en œuvre, de suivi et d'ajustement des protocoles ont été mis en place avec le Centre jeunesse. On prévoit que l'ensemble des protocoles sera mis en œuvre au cours de l'année 2012-2013.

L'Agence suit le déploiement des protocoles afin de s'assurer que les plans de mise en œuvre locaux s'arriment aux orientations régionales. Il faudra aussi évaluer l'impact qu'aura le déploiement de ces protocoles sur l'organisation des services sur le terrain et procéder aux ajustements nécessaires, le cas échéant.

Axe 4.1

CONSOLIDATION DE NOTRE CULTURE RÉSEAU

ÉVALUER LA GOUVERNANCE DES PAR ET DU PSRRI

Les efforts consacrés à la consolidation des RLS et à la dynamique du réseau régional permettront de réaliser les gains de performance attendus. L'Agence ayant pour ambition d'être « un leader rassembleur, orientant et supportant » et « un gardien et un promoteur d'une dynamique cohésive au sein du réseau régional », c'est à ce titre qu'elle a instigué, animé et soutenu deux initiatives modifiant la gouvernance régionale : la gestion des progiciels administratifs régionaux et la mise en œuvre du Plan stratégique régional en ressources informationnelles. La gouvernance de ces démarches est portée par le Comité régional des directeurs généraux.

La gestion des progiciels administratifs régionaux

La coordination des PAR, portée par l'Agence, est au cœur du modèle de gouvernance et assure la circulation de l'information et le maintien des objectifs de la vision stratégique entre les différentes instances des organisations formant le réseau régional. Elle contribue grandement aux chantiers locaux et régionaux par son soutien à la démarche d'optimisation et d'harmonisation. Elle organise des comités d'utilisateurs experts, des séances de formation régionale à moindre coût, un soutien opérationnel et tactique auprès des utilisateurs. Ainsi, en 2011-2012, les établissements ont réalisé, avec la contribution des HEC, une démarche d'optimisation des processus de traitement de la paie et ils ont procédé à une cartographie des différents processus en gestion des ressources humaines en vue de leur harmonisation. Cette démarche devrait permettre de diminuer l'effort de ressources humaines à la production d'une paie pour tendre davantage vers les organisations performantes en la matière.

De plus, les aspects discutés par le comité tactique et les orientations recommandées au Comité régional des directeurs généraux constituent des indicateurs clés de ce modèle de gouvernance.

Le Plan stratégique régional des ressources informationnelles 2010-2015

Le PSRRI met de l'avant une série de projets structurants. Deux de ces projets, intrinsèquement reliés, consistent en l'adoption d'un nouveau modèle de gouvernance des RI et d'un cadre de gestion du bureau de projets. La nouvelle gouvernance des RI est maintenant bien en place et elle assure la réalisation du PSRRI, le suivi du portefeuille régional de projets, ainsi que la sélection et la priorisation des nouveaux projets conformément au cadre de gestion adopté. Le modèle de gouvernance des RI

permet d'assurer une gestion cohérente et efficiente des ressources informationnelles et du PSRRI 2010-2015, et il répond à l'esprit et aux obligations de la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement.

Quelques constats :

L'expérience du modèle de gouvernance des PAR et de celui des RI est à la base de l'adoption, en novembre 2011, du Cadre de référence soutenant l'évolution du modèle de gouvernance régionale. Le Comité régional des directeurs généraux est ainsi devenu l'instance stratégique régionale à laquelle se rattache la structure de gouvernance du fonctionnement et de l'organisation des services cliniques et de soutien du réseau régional. Comme pour les PAR et les RI, ces changements ont eu un effet positif notable et immédiat sur la dynamique du réseau régional.

Axe 4.2

INTÉGRATION ET CIRCULATION D'INFORMATION CLINIQUE ET DE GESTION

LE PLAN STRATÉGIQUE RÉGIONAL EN RESSOURCES INFORMATIONNELLES

La circulation de l'information clinique repose sur un ensemble de domaines complexes (gouvernance, technologies, systèmes, normes, sécurité et standardisation, etc.) exigeant que certaines conditions soient déjà en place pour assurer le choix, l'implantation, l'utilisation optimale, le maintien, le soutien et l'évolution des solutions technologiques. Ces conditions sont représentées par les projets structurants prévus au Plan stratégique régional en ressources informationnelles.

Promouvoir le Plan stratégique régional en ressources informationnelles

En tout, 22 présentations du PSRRI ont été faites à différentes instances : tous les comités de direction des établissements et de l'Agence, le Département régional de médecine générale, la Table régionale des RI, etc. Le PSRRI a également été partagé avec le MSSS et les agences de toutes les régions.

L'Agence a assuré la réalisation du plan de communication et son suivi, l'élaboration des outils de promotion et la majorité des présentations. Avec la contribution des acteurs impliqués dans la gouvernance régionale des RI, elle s'assure de maintenir la mobilisation de la région autour de la réalisation du PSRRI 2010-2015.

La révision du modèle de gouvernance et optimisation de la gestion des ressources informationnelles

Les objectifs poursuivis à ce chapitre sont réalisés. La nouvelle gouvernance des RI est maintenant bien en place et elle assure la réalisation du PSRRI, le suivi du portefeuille régional de projets, ainsi que la sélection et la priorisation des nouveaux projets conformément au cadre de gestion adopté. La gouvernance des ressources informationnelles relève du Comité régional des directeurs généraux. L'Agence coordonne chacun des comités qui la composent.

La révision des besoins régionaux en circulation d'information clinique et la solution du dossier clinique informatisé déjà en place (RIGIC)

La circulation de l'information clinique est au cœur du PSRRI et la plupart des projets et avant-projets en cours dans la région visent à préparer le terrain pour atteindre cet objectif. Le projet structurant « Circulation de l'information clinique » y répond directement et se traduit par la mise en place d'un Dossier clinique informatisé (DCI) régional, incluant le volet numérisation.

De nombreux leaders cliniques de la région participent activement à ce dossier. L'ensemble des besoins de circulation de l'information clinique a été inventorié en 2011 avec les établissements de la région. Pour valider la capacité du marché à répondre à ces besoins, une démarche formelle de « RFI » *(Request For Information)* a été lancée publiquement et l'ensemble des fournisseurs présents au Québec y a répondu. La présentation au MSSS du dossier d'affaires est envisagée au début de l'automne 2012. L'Agence coordonne le projet, avec la contribution du comité de travail et de la gouvernance régionale des ressources informationnelles.

La normalisation et la mise à jour constante de la documentation des ressources informationnelles

La documentation formelle est souvent un maillon faible des organisations publiques et privées, et cela est d'autant plus présent dans le domaine des ressources informationnelles, où les changements continuels rendent la documentation rapidement désuète. Il faut donc bien cibler où investir les efforts de documentation. Pour la région, ces cibles ont été :

- l'inventaire annuel des postes et serveurs (via l'outil GESTRED et les plans triennaux locaux);
- le cadre de gestion de projets, adopté en mai 2011, qui instaure une documentation obligatoire à chacune des étapes des projets, de l'idée initiale jusqu'à la fermeture du projet;
- le portefeuille régional de projets, accessible à l'ensemble de la région en mode Web depuis 2010, lequel donne accès pour chaque projet à la description, l'échéancier, l'état de situation, les perspectives, les documents pertinents, etc., le tout mis à jour mensuellement;
- le portail Web, qui soutient la gouvernance des RI mise en place en janvier 2011, en donnant accès à toute la région à tous les documents et comptes rendus de chacun des comités.

Pour la suite du PSRRI, l'aspect documentation ne sera plus un projet en soi, mais plutôt un critère à intégrer dans chacune de nos actions.

L'Agence a mené et coordonné chacune de ces initiatives.

La sécurité des actifs informationnels – Catégorisation des actifs de la région

Le projet d'inventaire normalisé permet d'uniformiser et de maintenir à jour un inventaire des systèmes d'information en activité dans la région, incluant leurs cotes de sécurité (disponibilité, intégrité, confidentialité). L'outil d'inventaire vise tout d'abord à répondre à des besoins opérationnels des établissements (liste à jour des systèmes, personnes responsables, fournisseurs et coordonnées, pilotes, etc.) et, à partir de ces données, fournir une vue locale et régionale de l'ensemble des systèmes utilisés et de leur criticité pour le réseau. Le contenu et la forme ont été travaillés avec deux CSSS. L'élaboration de l'outil informatique, une interface utilisateur Web, a pris du retard, mais on vise à le tester en pilotage dans un CSSS en 2012, afin de pouvoir ensuite le déployer graduellement dans le reste de la région.

L'Agence coordonne ce projet avec la contribution du comité régional sur la sécurité de l'information ainsi que celle des établissements pilotes.

La sécurité des actifs informationnels – Mise en place d'un site de relève pour assurer la sécurité des données

Le projet est en cours. Un nouveau centre de traitement régional a été construit en 2011-2012 et sera en activité à partir de juin 2012. La priorité sera ensuite de mettre en place une relève des données entre ce nouveau centre et la salle du Technocentre. C'est une solution temporaire en attendant que les réflexions sur le regroupement des centres de la région soient terminées et mises en œuvre. Ce dossier, présentement en analyse, vise à réorganiser l'hébergement des 900 serveurs de la région, actuellement dispersés dans 64 salles, pour les regrouper et les optimiser à l'intérieur de deux centres régionaux (cible du MSSS). L'Agence, avec la contribution de la gouvernance régionale des RI, coordonne ce projet.

Axe 4.3

OPTIMISATION DE L'UTILISATION DES RESSOURCES

LES PROJETS RÉGIONAUX D'OPTIMISATION

Le contexte budgétaire actuel exige une réduction des dépenses de fonctionnement de nature administrative et nous interpelle à une utilisation efficiente de nos ressources actuelles. Par ailleurs, la croissance des besoins de la population et des coûts de santé nous convie à une transformation de nos modes d'organisation des services ainsi que du travail et nous inscrit dans une dynamique d'amélioration continue de la performance.

La réalisation des projets régionaux d'optimisation s'ajoute à tous ceux mis en œuvre localement dans les organisations. Ces actions permettent de ralentir la hausse des coûts de livraison des services de santé et des services sociaux et d'assurer l'utilisation judicieuse des ressources spécialisées, particulièrement par une revue des processus et de l'organisation du travail.

Les services de buanderie des établissements

Les premiers objectifs visés en ce qui a trait à cet important projet régional sont d'une part, l'harmonisation des pratiques et processus de buanderie dans tous les établissements et, d'autre part, la détermination d'un modèle d'organisation régional. L'Agence a coordonné cette démarche et son suivi est réalisé en collaboration avec les directeurs généraux et les directeurs des services techniques des établissements.

Afin de pouvoir compléter la révision des processus de buanderie et établir le modèle d'organisation régional, les étapes suivantes ont été franchies au cours de l'année 2011-2012 :

- l'élaboration d'un portrait régional;
- l'optimisation des buanderies actuelles par une firme-conseil en buanderie (analyse par établissement pour indiquer les améliorations et les résultats escomptés);
- l'optimisation additionnelle par des regroupements de buanderies pour la région : analyse de scénarios potentiels de regroupement d'activités et identification des cibles d'optimisation sur lesquelles il est possible d'agir localement.

Les processus administratifs en lien avec les progiciels administratifs régionaux

L'Agence et les établissements sont engagés dans une démarche régionale visant l'harmonisation des sous-processus liés aux progiciels administratifs en lien avec les meilleures pratiques.

Des plans d'action locaux ont été complétés par chaque organisation visant à optimiser les processus administratifs, suivant trois grands constats : la survalidation, la culture de service et le manque d'imputabilité. Au 31 mars 2012, les établissements avaient complété les actions prévues au chapitre de l'optimisation et d'harmonisation dans une proportion de 80 %.

L'optimisation du cycle de paie a amorcé la phase d'harmonisation régionale par la cartographie de ce processus dans chacun des établissements. Le résultat de cet exercice permettra de jeter les bases pour l'intégration d'un traitement de paie regroupé pour plusieurs établissements.

Il appartient à l'Agence de mettre en place les agents facilitateurs et d'assurer la communication, la coordination et le soutien nécessaire aux activités identifiées. Sur le plan stratégique, l'équipe responsable de la gouvernance des PAR a grandement contribué au maintien de la mobilisation par sa présence régulière aux tables fonctionnelles. Elle a aussi assisté les établissements lors de la production des plans d'action et de la compilation des cartographies. En parallèle, des comités d'utilisateurs experts ont été créés pour favoriser les échanges et les partages ainsi que de l'analyse et de la formation régionale, afin d'atteindre une maîtrise accrue des progiciels.

La création d'un nouvel établissement à Trois-Rivières (fusion du CSSS de Trois-Rivières et du CHRTR)

Le 1er avril 2011, l'émission des lettres patentes confirmait la création du CSSS de Trois-Rivières, issu de la fusion du CHRTR et du CSSS de Trois-Rivières. Au cours de l'exercice, le conseil d'administration du nouvel établissement a procédé au choix de la directrice générale. Il s'est également doté d'une vision, d'orientations et d'un plan de travail guidant la mise sur pied, la consolidation et l'optimisation de la nouvelle organisation. Ainsi, un nouveau plan d'organisation a été adopté et sa mise en œuvre est amorcée.

L'Agence a soutenu les travaux préalables à la fusion des deux établissements. Elle a accompagné les membres des conseils d'administration désignés à cette fin dans leur démarche d'analyse d'opportunité, de communication et de consultation des différents acteurs ou instances concernés en amont à la prise de décision des deux conseils d'administration. De plus, l'Agence est intervenue en soutien aux directions générales eu égard aux différentes modalités administratives afférentes aux cadres conventionnels ou réglementaires concernant le personnel touché par cette décision de fusion.

La mise en œuvre du projet de systèmes automatisés et robotisés pour la distribution des médicaments (SARDM)

La mise en œuvre du Plan de réalisation du projet régional SARDM, approuvé par le Ministère selon les modalités du cadre de gestion prévu pour la phase II, s'inscrit dans le cadre de la planification régionale des services pharmaceutiques.

Le déploiement de la phase II a officiellement débuté le 30 juin 2011 et se terminera le 31 décembre 2012. Cette seconde phase est plus complexe que la précédente, compte tenu de différents facteurs :

- ressources humaines limitées des établissements pour gérer le changement;
- impact de l'acquisition requise d'interfaces pour assurer le fonctionnement des nouvelles technologies avec les équipements en place;
- culture de gestion de projet et mode de communication transversale formalisé à implanter ou à consolider dans bon nombre d'établissements;
- négociations répétées avec certains fournisseurs pour assurer le respect des contrats.

Or, malgré quelques révisions, la séquence du calendrier national illustre comme suit le pourcentage de réalisation des établissements de la région inscrits à la phase II SARDM :

CSSS de Trois-Rivières (centre hospitalier régional) **85 %**	CSSS de Trois-Rivières **95 %**
CSSS du Haut-Saint-Maurice **10 %**	CSSS de l'Énergie **90 %**
CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska **50 %**	CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable **100 %**
CSSS Drummond **85 %**	

Les services d'ergothérapie en soutien à domicile

En lien avec la rareté des ressources humaines, tous les CSSS ont présenté et démarré un projet d'optimisation des services d'ergothérapie offerts en soutien à domicile. En 2012-2013, une reddition de comptes régionale sera mise en place afin de monitorer les impacts de la mise en œuvre de ces projets sur la réduction des délais d'accès et l'augmentation du nombre de personnes rejointes. En soutien aux démarches des établissements et dans un but d'uniformisation, l'Agence a créé une grille bilan personnalisée pour chacun des CSSS.

Axe 5.1

MEILLEURES PRATIQUES CLINIQUES ET DE GESTION

CONVENIR ET IMPLANTER UN MÉCANISME RÉGIONAL SOUTENANT L'IDENTIFICATION, LA DIFFUSION ET L'ADOPTION DES MEILLEURES PRATIQUES

Afin de créer une culture d'amélioration continue des pratiques, des mesures spécifiques ont été inscrites au plan d'action régional dans le but de favoriser l'identification et la diffusion des meilleures pratiques cliniques, de gestion ou d'organisation de services et d'accroître l'innovation et le transfert des connaissances.

Certaines démarches ont été menées pour recenser et documenter les mécanismes utilisés dans d'autres régions. Cependant, avant d'entreprendre la mise en place d'une plate-forme d'échange et d'analyse sur l'innovation et les meilleures pratiques, il est apparu préférable, dans un souci d'efficience, de tenir compte de ce qui existe déjà en région, notamment des lieux de concertation du réseau régional et des différentes activités organisées annuellement. Les démarches vont donc se poursuivre dans cette perspective au cours des prochains mois.

Dans la dernière année, certaines activités ont été organisées pour faire connaître des projets novateurs développés et favoriser le transfert des connaissances (par exemple : une journée régionale de codéveloppement intitulée *La culture de la mesure… l'outil de transfert et de partage des connaissances* et un *Carrefour des pratiques sur les agressions sexuelles et la violence conjugale)*. L'évaluation de ce type d'expérience s'inscrit dans la démarche de réflexion concernant la mise en place de mécanismes de transfert des connaissances collés aux besoins et à la réalité du réseau régional.

Axe 5.2

INNOVATION ET TRANSFERT DES CONNAISSANCES

LA RECONNAISSANCE DE LA RÉGION À TITRE DE MILIEU UNIVERSITAIRE

La reconnaissance de la région Mauricie et Centre-du-Québec comme milieu universitaire favorise la multiplication de projets de recherche et d'enseignement qui contribueront à l'amélioration des connaissances, des pratiques et de la qualité des services offerts à la population. En outre, la reconnaissance d'un tel dynamisme génère des retombées significatives, notamment en matière d'attraction de la main-d'œuvre. Ceci ne peut qu'avoir des effets positifs sur la qualité des services offerts à la population.

Les désignations universitaires accordées au CSSS de Trois-Rivières (volet centre hospitalier régional) et au CRDITED MCQ - IU, la présence du Campus de la Mauricie, avec des unités de médecine familiale et des unités de médecine interne à Trois-Rivières et à Shawinigan, les ententes d'affiliation universitaire qu'ont convenues les CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable et Drummond avec l'Université de Sherbrooke, ainsi que les ententes de collaboration avec l'UQTR dans différentes disciplines (négligence, gestion de la performance) de même qu'avec l'Université Laval (relève des cadres) illustrent la dynamique de la région et contribuent à l'atteinte de cet objectif.

L'Agence, conformément au modèle régional d'organisation de services et à sa vision régionale, a soutenu les démarches de désignations universitaires de même que les ententes d'affiliation universitaire. Ce soutien se matérialise par un leadership qui se veut orientant et supportant.

LES ENTENTES SPÉCIFIQUES EN MATIÈRE DE RECHERCHE ET D'ENSEIGNEMENT

Plusieurs ententes de collaboration portant sur différents projets ont cours en Mauricie et au Centre-du-Québec. Malgré la force de notre partenariat régional avec le réseau de l'éducation, les opportunités que nous offrent cet arrimage ne sont possiblement pas encore toutes exploitées.

Il est donc apparu pertinent de connaître les domaines ou secteurs névralgiques propices à l'établissement de nouvelles ententes spécifiques en matière de recherche et d'enseignement avec le milieu de l'éducation, peu importe l'ordre d'enseignement.

Les secteurs névralgiques propices à la recherche et à l'enseignement réfèrent aux domaines médical, des soins et d'assistance à la personne, à l'adaptation, à la réadaptation, aux services psychosociaux et thérapeutiques de même qu'en gestion. Un inventaire des ententes en vigueur dans la région sera produit au cours de l'exercice 2012-2013.

Axe 5.3

GESTION DES RISQUES

La gestion des risques et la sécurité des soins et services peuvent être favorisées par la collaboration entre les acteurs concernés et l'intégration de meilleures pratiques. Il importe donc de pouvoir disposer des prérequis nécessaires au développement d'une approche intégrée de la qualité visant le développement d'une culture de la sécurité.

LA DÉCLARATION ET LA DIVULGATION DES INCIDENTS ET ACCIDENTS

À cet effet, l'une des mesures priorisées en 2011-2012 portait sur le développement et l'implantation d'un cadre de référence régional sur la gestion des risques, selon une perspective d'approche intégrée en matière de qualité et incluant des indicateurs qui permettent de mesurer le niveau de déclaration et de divulgation des incidents et des accidents. L'un des objectifs de ce cadre de référence visait notamment à harmoniser les pratiques à l'égard de la déclaration des incidents et accidents, contribuant par conséquent à l'obtention de données qui soient comparables au plan régional et qui reflètent adéquatement la réalité de chaque établissement.

Toutefois, la déclaration des incidents et accidents comprend plusieurs volets pour lesquels des clarifications sont nécessaires si l'on veut s'assurer d'harmoniser la saisie des données au plan régional. Ainsi, il est apparu pertinent de plutôt élaborer un guide d'application sur la déclaration des incidents et accidents. De plus, considérant l'ampleur du travail à réaliser, il a

été convenu d'élaborer ce guide d'application par volets et de revoir l'échéancier initial. Ainsi, un premier volet portant sur la déclaration des chutes a été abordé cette année. Le document est actuellement en rédaction et sera ensuite présenté pour consultation auprès des différentes tables régionales concernées. Le deuxième volet, prévu pour la prochaine année, porte sur la déclaration des événements en lien avec la médication.

Un comité ad hoc, composé de l'Agence et de gestionnaires de risques des établissements, a été mis sur pied pour réaliser ce premier volet portant sur la déclaration des chutes. Ce comité faisait état régulièrement de l'avancement des travaux auprès de la Table régionale des responsables qualité.

De plus, en soutien aux travaux régionaux, l'Agence a fait la liaison nécessaire avec le MSSS pour s'assurer que le guide d'application régional s'inscrive en cohérence avec les orientations données au plan provincial. À cet effet, l'Agence a organisé une présentation sur les nouvelles lignes directrices concernant le système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS), animée par la Direction de la qualité du MSSS. Ces lignes directrices visent justement à améliorer la qualité des données inscrites au Registre national des incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux, dont les données sont désormais publiées deux fois par année. Enfin, l'Agence a aussi offert une formation sur le SISSS en vue de standardiser la saisie des données et de soutenir les établissements dans la production de rapports locaux sur la gestion des risques.

L'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE

Les orientations ministérielles relatives à l'utilisation des mesures de contrôle introduisent différentes obligations aux établissements dans le but d'assurer une prestation sécuritaire des soins et des services qui tient compte des droits des usagers. En ce sens, les orientations du MSSS visent à limiter le recours aux mesures de contrôle, à en réduire la durée d'application et à assurer un suivi rigoureux de ces mesures dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des services.

Afin de suivre l'évolution des pratiques à cet égard et de s'assurer du respect des orientations ministérielles, la région s'est donnée pour objectif de développer des indicateurs communs d'application des mesures de contrôle et d'en harmoniser la reddition de comptes dans les rapports annuels de gestion.

Un guide d'application régional a été élaboré de manière à s'assurer d'une compréhension commune des orientations ministérielles et à soutenir l'implantation de la nouvelle approche en matière d'utilisation des mesures de contrôle. Le document comprend deux aspects qui contribuent à l'amélioration continue de la qualité des services. D'une part, on y présente un programme de réduction du recours aux mesures de contrôle et, d'autre part, on précise les modalités de reddition de comptes qui comprennent notamment une série d'indicateurs communs. Le document est terminé et son actualisation au sein des établissements se poursuivra dans la prochaine année.

Pour assurer l'atteinte de cet objectif, un comité stratégique, composé de représentants de la Table régionale des soins infirmiers et de l'Agence, puis un comité de travail formé de représentants des établissements, ont été mis sur pied. Par ailleurs, l'Agence a fait le lien avec le MSSS de manière à s'assurer que le guide d'application régional s'inscrive en cohérence avec les orientations données au plan provincial. À cet effet, le *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : contention et isolement*, publié par le MSSS, a été diffusé à l'ensemble des établissements et un suivi a été fait pour s'assurer de la révision des protocoles locaux. Enfin, la formation du personnel est également une mesure pour laquelle l'Agence assure un suivi avec la collaboration des établissements concernés.

LA SURVEILLANCE DES MALADIES NOSOCOMIALES

Les infections nosocomiales ont des conséquences lourdes pour le patient et sa famille. L'augmentation de la durée d'hospitalisation et des complications cliniques amènent une hausse de la mortalité et de la morbidité. À ces conséquences s'ajoutent les coûts pour le système de santé.

L'optimisation de l'application du Programme de prévention et contrôle des infections dans les établissements avec mission centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) (CSSS de Trois-Rivières, d'Arthabaska-et-de-l'Érable, Drummond, de l'Énergie et du Haut-Saint-Maurice) constitue ainsi l'un des objectifs du Plan d'action régional 2011-2013. L'évaluation de l'application des normes recommandées est l'une des premières actions menées en ce sens.

Quatre catégories d'infections nosocomiales font l'objet d'une surveillance étroite :

- En ce qui concerne les bactériémies à staphylocoque aureus résistant à la méthicilline (SARM) et les bactériémies sur cathéters centraux aux soins intensifs, les établissements de la région affichent de très bons résultats.

- Au cours de la dernière année, une seule éclosion de nouveaux cas d'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) a été signalée dans la région.

- Une augmentation de la transmission des diarrhées associées au *C. difficile* (DACD) est à noter en 2011-2012. Deux établissements ont fait l'objet d'un suivi par l'Agence, car ils ont dépassé les seuils considérés acceptables.

Au cours de cet exercice, l'Agence a accompagné et soutenu le CSSS Drummond dans la mise en œuvre d'un plan d'action visant à réduire la transmission de la DACD en exerçant un rôle d'expert-conseil, en fournissant le support de trois experts en hygiène et salubrité pour réviser leurs processus de travail et recommander les ajustements requis, puis en soutenant financièrement le renouvellement d'équipements et meubles répondant aux normes d'hygiène et salubrité. Par ailleurs, l'Agence doit transmettre au CSSS de Trois-Rivières ses recommandations suivant le dépôt, en mars 2012, d'un plan d'action visant à réduire le taux d'incidence de la DACD.

LA GESTION
DES RESSOURCES FINANCIÈRES

Section 3

LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

L'Agence reconnaît l'apport essentiel des organismes communautaires à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

Par le Programme de soutien aux organismes communautaires (SOC), l'Agence apporte à ces organismes un soutien financier complémentaire à la contribution de la communauté. Deux autres objectifs sont traduits dans les actions portées par l'Agence, soit reconnaître et promouvoir l'action des organismes communautaires et leur offrir le soutien et l'information nécessaires à l'accomplissement de leur mission.

LA GESTION DU PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

LA RECONNAISSANCE

La Politique de reconnaissance des organismes communautaires du domaine de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec balise l'analyse des demandes de reconnaissance. La politique détermine clairement ce qui constitue le domaine de la santé et des services sociaux, énonce les caractéristiques définissant un organisme communautaire et introduit la notion de non-dédoublement des organismes sur un même territoire. La reconnaissance comme organisme communautaire est préalable à l'obtention d'un soutien financier en mission globale, dans le cadre du programme SOC.

En 2011-2012, deux organismes ont obtenu leur reconnaissance à titre d'organisme communautaire œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux, un organisme s'est vu retirer cette reconnaissance et deux organismes se sont fusionnés.

LE SOUTIEN FINANCIER

Les sommes dédiées aux organismes communautaires ont été attribuées en conformité avec les balises du programme SOC, les orientations ministérielles et régionales ainsi que le Cadre de financement des organismes communautaires du domaine de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Chaque année, une attention particulière est portée à la reddition de comptes produite par les organismes communautaires subventionnés. L'Agence procède à l'analyse des documents en tenant compte des balises et de la procédure établies par le MSSS. Un suivi est effectué relativement aux obligations de reddition de comptes de chaque organisme financé. De plus, six organismes ont fait l'objet d'un suivi particulier au cours de la dernière année, compte tenu des difficultés rencontrées.

Quelques constats :

Au 31 mars 2012, l'Agence reconnaît 222 ressources à titre d'organismes communautaires œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux. Durant l'année financière 2011-2012, l'Agence a octroyé du financement à 221 organismes en mission globale dans le cadre du programme SOC. De plus, 25 organismes ont été financés uniquement par ententes spécifiques. Ce sont donc 246 organismes communautaires qui ont été soutenus financièrement par l'Agence durant cette période.

Programmes-services financés

Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement		**11**
Déficience intellectuelle	7	
Troubles envahissants du développement	4	
Déficience physique		**26**
Déficience physique	14	
Déficiences multiples	12	
Dépendances		**17**
Alcoolisme/toxicomanie et autres dépendances	13	
Hébergement mixte	4	
Jeunes en difficulté		**57**
Organismes de justice alternative	7	
Maisons de jeunes	33	
Autres ressources jeunesse	15	
Maisons d'hébergement communautaire jeunesse	2	

Programmes-services finances (suite)

Perte d'autonomie liée au vieillissement		**23**
Maintien à domicile	8	
Centres d'action bénévole	15	
Santé mentale		**29**
Santé mentale	29	
Santé physique		**13**
Santé physique	11	
Cancer	1	
Maisons agréées de soins palliatifs	1	
Santé publique		**45**
Contraception, allaitement, périnatalité, famille	17	
Personnes démunies	25	
VIH/sida	3	
Services généraux, activités cliniques et d'aide		**25**
Orientation et identité sexuelles	1	
Concertation et consultation générale	1	
Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté	7	
Centres de femmes	7	
Autres ressources pour femmes	1	
Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)	4	
Ressources pour hommes	4	
Sous-total		**246**
Organismes financés exclusivement par ententes spécifiques	25	
Organismes financés en mission globale au Programme de soutien aux organismes communautaires		**221**

L'AUGMENTATION DU BUDGET DESTINÉ AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

L'Agence apporte un soutien financier à la mission globale à 221 organismes communautaires, répartis dans 26 catégories. On estime à près de 17 000 le nombre de personnes impliquées dans la réalisation de la mission de ces groupes. Ces individus, qu'ils soient rémunérés ou bénévoles, permettent la réalisation d'activités diversifiées :

- accueil, écoute, évaluation, soutien, aide, accompagnement et référence;
- mise en place et animation de groupes d'entraide;
- aide directe à la population (banques alimentaires, prêts de matériels, comptoirs vestimentaires);
- réalisation d'ateliers, de conférences, de formations thématiques (prévention, information portant sur des problématiques précises, développement d'habiletés, modification de comportements);
- soutien à la réinsertion sociale;
- hébergement pour différents groupes de la population (femmes en difficulté, jeunes en difficulté, personnes alcooliques ou toxicomanes, personnes atteintes du sida ou de la maladie d'Alzheimer, personnes itinérantes).

Évolution du budget alloué aux organismes communautaires	2011-2012		2010-2011	
Mission globale	29 788 660	86 %	28 531 102	86 %
Ententes spécifiques	4 785 035	14 %	4 715 539	14 %
Total	**34 573 695**		**33 246 641**	

Les principaux investissements récurrents réalisés dans ce secteur pour l'année financière 2011-2012 ont été les suivants :

- Une indexation annuelle de 2,4 %, soit 777 600 $, a été octroyée aux organismes financés.
- Un montant de 15 000 $ a été octroyé à un organisme nouvellement reconnu, pour lequel il s'agit d'un premier financement de l'Agence.
- Une enveloppe de 50 000 $ (annualisée à 100 000 $ pour l'année financière 2012-2013) a été répartie entre quatre organismes intervenant auprès des aidants naturels.
- Un montant de 669 000 $ a été utilisé afin de consolider le financement à la mission globale des organismes subventionnés par le programme SOC. Ce montant a été réparti entre les ressources qui n'ont pas atteint la base qui leur est reconnue dans le cadre régional de financement.

Les allocations suivantes ont été faites sur une base non récurrente :

- Un montant de 244 000 $ a permis d'octroyer 1 000 $ à chacun des organismes financés par l'Agence, afin de leur permettre de défrayer les coûts inhérents à un branchement Internet, d'acquérir du matériel informatique ou de se procurer de nouveaux logiciels. En contrepartie, les organismes acceptent dorénavant de recevoir leur correspondance de l'Agence par voie électronique.

- Une somme de 102 825 $ a été versée à six organismes pour assurer les services de supervision des droits d'accès. Un montant de 172 000 $ a été réparti entre les organismes de la catégorie *Personnes démunies* n'ayant pas atteint la base de financement qui leur est reconnue.

- La Table régionale des organismes communautaires œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux a reçu un financement de 23 500 $ pour les frais inhérents à la réalisation des activités du Programme de formation dédié aux organismes communautaires.

LES DONNÉES FINANCIÈRES DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

	Budget total 2011-2012	Budget total 2010-2011	Variation
Déficience intellectuelle			
Arche Mauricie inc.	368 404 $	358 793 $	3 %
Association des personnes déficientes intellectuelles Bécancour–Nicolet-Yamaska	149 947 $	145 456 $	3 %
Association pour la déficience intellectuelle Centre-Mauricie	111 209 $	105 199 $	6 %
L'Association pour l'intégration sociale (région Bois-Francs)	77 461 $	72 365 $	7 %
Parrainage civique des Bois-Francs inc.	58 132 $	51 598 $	13 %
Parrainage civique Drummond inc.	84 091 $	79 488 $	6 %
Parrainage civique du Trois-Rivières métropolitain	68 458 $	62 691 $	9 %
	917 702 $	**875 590 $**	
Troubles envahissants du développement			
Autisme - Centre-du-Québec	45 939 $	36 765 $	25 %
Autisme Mauricie	116 423 $	152 730 $	5 %
Centre de stimulation l'Envol	84 415 $	76 411 $	10 %
Les Horizons ouverts	176 172 $	129 138 $	3 %
	422 949 $	**395 044 $**	
Déficience physique			
Association des sourds du Centre-du-Québec inc.	7 995 $	6 831 $	17 %
« La Source » Association des personnes handicapées du Haut St-Maurice inc.	76 179 $	70 987 $	7 %
Association de paralysie cérébrale Région Mauricie et Centre du Québec	57 848 $	49 335 $	17 %
Association des personnes malentendantes de la Mauricie	45 939 $	36 765 $	25 %
Association des personnes malentendantes des Bois-Francs	51 018 $	43 954 $	16 %
Association des sourds de la Mauricie inc.[1]	15 938 $	63 750 $	-75 %

[1] *Organisme ayant perdu sa reconnaissance au cours de l'année 2011-2012*

	Budget total 2011-2012	Budget total 2010-2011	Variation
Déficience physique (suite)			
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs Mauricie-Centre-du-Québec inc.	70 113 $	62 513 $	12 %
Association éducative et récréative des aveugles	16 000 $	0 $	100 %
Association sourds, malentendants Centre-du-Québec inc.	40 897 $	34 000 $	20 %
Centre pour handicapés physiques des Bois-Francs inc.	235 982 $	229 475 $	3 %
Coup de main Mauricie	105 170 $	98 711 $	7 %
H.S.I. Handicaps Soleil inc.	69 372 $	63 674 $	9 %
Handicap action autonomie Bois-Francs	84 087 $	79 484 $	6 %
Regroupement des personnes sourdes de la Mauricie	7 995 $	6 831 $	17 %
	884 533 $	**846 310 $**	
Déficiences multiples			
Association des handicapés adultes de la Mauricie inc.	60 541 $	53 207 $	14 %
Association des parents d'enfants handicapés (APEH) inc.	95 890 $	92 166 $	4 %
Association des parents d'enfants handicapés du Centre-du-Québec inc.	59 598 $	52 193 $	14 %
Association des personnes handicapées de Drummond inc.	61 503 $	55 219 $	11 %
Association des personnes handicapées de la MRC de Bécancour	74 692 $	65 964 $	13 %
Association des personnes handicapées de l'Érable inc.	78 440 $	73 417 $	7 %
Association des personnes handicapées du Lac St-Pierre	99 896 $	93 045 $	7 %
Association Part-égale Normandie	77 879 $	72 814 $	7 %
L'alpha - Secteur des Chenaux	44 492 $	35 164 $	27 %
L'Amis-temps des Bois Francs	67 034 $	55 565 $	21 %
L'Association des personnes handicapées du comté de Maskinongé inc.	61 503 $	55 219 $	11 %
L'Évasion Service de gardiennage et de répit	93 231 $	85 884 $	9 %
	874 699 $	**789 857 $**	
Alcoolisme – toxicomanie et autres dépendances			
Action toxicomanie Bois-Francs	82 379 $	77 649 $	6 %
Centre Adrienne Roy Shawinigan inc.	92 081 $	88 073 $	5 %
Centre de réadaptation Wapan	58 688 $	50 477 $	16 %
Centre d'entraide aux Rayons du soleil inc.	41 203 $	31 526 $	31 %
Centre L'Étape du bassin de Maskinongé inc.	82 379 $	77 649 $	6 %
La Relance Nicolet-Bécancour inc.	82 379 $	77 649 $	6 %
Le Grand Chemin inc.	323 380 $	425 086 $	-24 %

	Budget total 2011-2012	Budget total 2010-2011	Variation
Alcoolisme – toxicomanie et autres dépendances (suite)			
Maison « Reso » de la Mauricie	82 379 $	77 649 $	6 %
Maison Carignan inc.	217 695 $	193 675 $	12 %
Maison de sobriété Trois-Rivières inc.	64 017 $	57 920 $	11 %
Maison Jean-Lepage inc.	1 000 $	0 $	100 %
Maison du Lac[1]	0 $	47 470 $	-100 %
Pavillon de l'Assuetude	424 721 $	376 962 $	13 %
Unité Domremy de Plessisville inc.	92 081 $	88 073 $	5 %
	1 644 382 $	**1 669 858 $**	
Hébergement mixte			
Centre Le Havre de Trois-Rivières inc.	527 383 $	482 187 $	9 %
Ensoleilvent	341 754 $	326 969 $	5 %
Pro-Anawim	502 385 $	526 698 $	-5 %
Maison de Transition de la Batiscan	356 884 $	343 225 $	4 %
	1 728 406 $	**1 679 079 $**	
Organismes de justice alternative			
Aux Trois pivots	447 023 $	435 569 $	3 %
Commun accord organisme de justice alternative	196 141 $	190 567 $	3 %
Départ jeunesse inc.	135 765 $	131 606 $	3 %
L'Alter-egaux, organisme de justice alternative	78 823 $	73 828 $	7 %
Organisme de justice alternative Volteface	245 749 $	239 013 $	3 %
Pacte Bois-Francs inc.	197 703 $	192 093 $	3 %
Ressources alternatives Maskinongé	82 641 $	77 931 $	6 %
	1 383 845 $	**1 340 607 $**	
Maisons de jeunes			
« L'Eau-vent » (maison de jeunes)	94 179 $	86 901 $	8 %
Alternative jeunesse de Trois-Rivières	108 467 $	102 253 $	6 %
Carrefour jeunesse de Shawinigan	104 858 $	98 376 $	7 %
Comité liaison Adolescents-Parents	75 104 $	66 407 $	13 %
Défi-jeunesse du Haut St-Maurice inc.	103 483$	96 898 $	7 %
La Corporation de la Maison des jeunes « Action-Jeunesse » inc.	94 179 $	86 901 $	8 %
La Fréquence Inc.	108 467 $	102 253 $	6 %
La maison de jeunes « Au bout du monde » de St-Paulin	91 311 $	83 820 $	9 %

Organisme ayant ferme ses portes en 2010-2011

	Budget total 2011-2012	Budget total 2010-2011	Variation
Maisons de jeunes (suite)			
La maison des jeunes Au coeur des montagnes	80 077$	71 750 $	12 %
La Maison des jeunes de Plessisville inc.	100 991$	94 221 $	7 %
La traversée 12-18 ans Inc.	101 490 $	94 757 $	7 %
L'Accueil jeunesse Grand-Mere inc.	104 858 $	98 376 $	7 %
L'Association des Groupes de jeunes des Hauts-Reliefs	80 077 $	71 750 $	12 %
Local Action jeunes	76 401 $	67 801 $	13 %
Maison de jeunes Le Transit	88 060 $	80 327 $	10 %
Maison de jeunes l'Éveil jeunesse de Louiseville inc.	101 491 $	94 758 $	7 %
Maison de quartier de Drummondville inc.	108 467 $	102 253 $	6 %
Maison des jeunes « La destination 12-17 » inc.	117 639 $	112 108 $	5 %
Maison des jeunes « Le Chakado »	68 332 $	59 131 $	16 %
Maison des jeunes de Bécancour	61 361 $	55 066 $	11 %
Maison des jeunes de Notre-Dame-de-Montauban l'Index	88 040 $	85 000 $	4 %
Maison des jeunes de Saint-Charles-de-Drummond	75 580 $	66 919 $	13 %
Maison des jeunes de Saint-Cyrille de Wendover	86 302 $	78 438 $	10 %
Maison des jeunes de Sainte-Brigitte-des-Saults	26 000 $	15 300 $	70 %
Maison des jeunes de Shawinigan-Sud	75 580 $	66 919 $	13 %
Maison des jeunes de Ste-Gertrude inc.	60 456 $	54 095 $	12 %
Maison des jeunes de St-Georges-de-Champlain	53 252 $	51 914 $	3 %
Maison des jeunes de St-Germain	80 077 $	71 750 $	12 %
Maison des jeunes de Wickham	43 794 $	29 865 $	47 %
Maison des jeunes du Bas St-François	74 126 $	68 782 $	8 %
Maison des jeunes la Forteresse	61 000 $	56 464 $	8 %
Partenaires 12-18/Érable	76 106 $	70 909 $	7 %
Partenaires Action jeunesse Mékinac[1]	0 $	56 200 $	-100 %
Trait d'union de Victoriaville	111 329 $	105 328 $	6 %
	2 780 934 $	**2 603 990 $**	
Autres ressources jeunesse			
Centre social et recreatif St-Sacrement	16 382 $	15 021 $	9 %
Espace Bois-Francs	127 406 $	123 443 $	3 %
Espace Mauricie	136 732 $	132 551 $	3 %
Gentilly Transit jeunesse	52 201 $	45 225 $	15 %
Grands freres et grandes sœurs de Trois-Rivieres	1 000 $	0 $	100 %

[1] *Organisme n'ayant pas déposé de demande de financement en 2011-2012*

	Budget total 2011-2012	Budget total 2010-2011	Variation
Autres ressources jeunesse (suite)			
Le refuge La Piaule du Centre du Québec inc.	165 214 $	160 365 $	3 %
Maison Marie Rivier de Drummondville inc.	65 544 $	56 506 $	16 %
Organisme Centretien de Nicolet et régions	55 065 $	42 329 $	30 %
Point de rue	140 512 $	156 247 $	39 %
Répit jeunesse	88 276 $	83 985 $	5 %
Toit Jef inc.	87 818 $	83 493 $	5 %
Trash- Travail de rue à Shawinigan	26 260 $	15 000 $	75 %
Travail de rue communautaire de la MRC de Maskinongé	87 818 $	83 493 $	5 %
Travailleurs de rue de La Tuque inc.	87 818 $	83 493 $	5 %
Travailleurs de rue, information, prévention, sensibilisation du Rivage[1]	76 494 $	72 400 $	6 %
	1 214 540 $	**1 153 551 $**	
Maisons d'hébergement communautaire jeunesse			
Maison Habit-Action de Drummondville inc.	393 283 $	382 334 $	3 %
Maison Raymond Roy	393 283 $	382 334 $	3 %
	786 566 $	**764 668 $**	
Maintien à domicile			
Association des personnes aidantes naturelles de Mékinac	61 979 $	36 946 $	68 %
Association des Personnes Proches Aidantes Drummond	15 000 $	0 $	100 %
Association des proches aidants des Bois-Francs	15 000 $	0 $	100 %
Carpe Diem - Centre de ressources Alzheimer	686 292 $	673 355 $	2 %
L'Association des aidants naturels et aidantes naturelles du bassin de Maskinongé « Mains tendres »	76 945 $	69 106 $	11 %
Regroupement des aidants naturels de la Mauricie inc.	81 109 $	76 284 $	6 %
Société Alzheimer du Centre du Québec	258 387 $	182 600 $	42 %
Soutien à domicile des Chenaux	23 000 $	20 000 $	15 %
	1 217 712 $	**1 058 291 $**	
Centre d'action bénévole (CAB)			
Carrefour d'action bénévole du Haut Saint-Maurice	135 682 $	153 693 $	-12 %
Carrefour d'entraide bénévole des Bois-Francs	272 000 $	264 648 $	3 %
Centre d'action bénévole de Grand'Mère inc.	158 286 $	153 600 $	3 %
Centre d'action bénévole de la M.R.C. de Bécancour	221 708 $	215 535 $	3 %
Centre d'action bénévole de la Moraine	125 383 $	120 429 $	4 %

Organisme qui a fusionné avec Point de rue durant l'année financière 2011-2012

	Budget total 2011-2012	Budget total 2010-2011	Variation
Centre d'action bénévole (CAB) (suite)			
Centre d'action bénévole de la MRC de Maskinongé	156 480 $	151 836 $	3 %
Centre d'action bénévole de l'Érable	163 247 $	158 444 $	3 %
Centre d'action bénévole de Nicolet inc.	140 887 $	136 608 $	3 %
Centre d'action bénévole des Riverains	124 767 $	119 767 $	4 %
Centre d'action bénévole Drummond inc.	319 781 $	311 310 $	3 %
Centre d'action bénévole du Lac St-Pierre	133 297 $	129 196 $	3 %
Centre d'action bénévole du Rivage	145 933 $	141 536 $	3 %
Centre d'action bénévole Laviolette	317 755 $	309 331 $	3 %
Centre d'action bénévole Mékinac	140 103 $	135 843 $	3 %
Le Centre d'action bénévole de la région de Shawinigan	244 915 $	233 315 $	5 %
	2 800 224 $	**2 735 091 $**	
Santé mentale			
Accalmie : Accompagnement et hébergement pour personnes suicidaires	315 337 $	298 586 $	6 %
Association des parents et amis du malade émotionnel du Centre du Québec inc.	171 696 $	166 696 $	3 %
Association Le P.A.S.	169 483 $	164 534 $	3 %
Atikamekw Sipi-Conseil de la Nation Atikamekw	13 557 $	12 263 $	11 %
Auto-Psy Mauricie	172 512 $	166 641 $	4 %
Centre de prévention suicide du Haut Saint-Maurice	121 958 $	118 123 $	2 %
Centre d'écoute et de prévention suicide Drummond	175 289 $	154 423 $	14 %
Centre prévention suicide Les Deux Rives	381 080 $	362 363 $	5 %
Centre prévention suicide, Centre-de-la-Mauricie, Mékinac, inc.	165 733 $	160 872 $	3 %
Groupe d'entraide « L'Entrain »	181 074 $	175 301 $	3 %
Groupe d'entraide Facile d'accès	131 712 $	126 205 $	4 %
Groupe d'entraide La Lanterne	212 676 $	206 715 $	3 %
La Chrysalide Maison d'hébergement communautaire en santé mentale	353 867 $	339 983 $	4 %
La maison Le Réverbère inc.	381 680 $	367 366 $	4 %
La Passerelle, Association de familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale de Bécancour–Nicolet-Yamaska	130 187 $	126 159 $	3 %
La Ruche Aire-ouverte inc.	167 357 $	161 587 $	4 %
L'Avenue libre du bassin de Maskinongé inc.	139 580 $	135 563 $	3 %
Le Gyroscope du bassin de Maskinongé	112 613 $	108 371 $	4 %
Le Périscope, Association des familles et des proches des personnes atteintes de maladie mentale du Centre Mauricie et secteur Mékinac (AFP-PAMM)	158 458 $	153 768 $	3 %

	Budget total 2011-2012	Budget total 2010-2011	Variation
Santé mentale (suite)			
Le Réseau de prévention suicide des Bois-Francs inc.	167 915 $	163 003 $	3 %
Le Réseau d'habitation communautaire de la Mauricie inc.	66 312 $	63 781 $	4 %
Le Traversier, Centre de jour et d'entraide en santé mentale	224 911 $	218 663 $	3 %
Les parents partenaires inc.	120 918 $	117 107 $	3 %
Panda Mauricie / Centre du Québec	38 512 $	28 551 $	35 %
PIVOT CENTRE-DU-QUÉBEC	224 338 $	218 103 $	3 %
Regroupement des organismes de base en santé mentale régions 04-17	81 553 $	71 581 $	14 %
Réseau d'aide Le Tremplin inc.	558 801 $	539 561 $	4 %
S.I.T. (Service d'intégration au travail)	368 894 $	359 271 $	3 %
Solidarité régionale d'aide et d'accompagnement pour la défense des droits en santé mentale du Centre-du-Québec/Mauricie	121 821 $	117 989 $	3 %
	5 629 824 $	**5 403 129 $**	
Santé physique			
Association de la fibromyalgie Mauricie / Centre-du-Québec	54 834 $	47 075 $	16 %
Association des cardiaques de la Mauricie inc.	54 834 $	58 075 $	-6 %
Association des personnes aphasiques de la Mauricie	56 905 $	49 300 $	15 %
Association des traumatisés crânio-cérébraux, Mauricie/Centre du Québec	72 060 $	63 137 $	14 %
Diabète Bois-Francs	50 338 $	43 224 $	16 %
Épilepsie Mauricie Centre-du-Québec	82 497 $	75 818 $	9 %
Hépatites ressources	97 159 $	84 468 $	15 %
La fondation des traumatisés crânio-cérébraux Mauricie Bois-Francs inc.	55 561 $	53 282 $	4 %
Société canadienne de la sclérose en plaques section Centre-du-Québec	29 927 $	19 057 $	57 %
Société canadienne de la Sclérose en plaques, section Mauricie	63 076 $	55 931 $	13 %
Société Parkinson Mauricie/Centre-du-Québec inc.	59 331 $	50 928 $	16 %
	676 522 $	**600 295 $**	
Cancer			
Le Ruban Rose	57 935 $	50 407 $	15 %
	57 935 $	**50 407 $**	
Maisons agrées de soins palliatifs			
Maison Albatros Trois-Rivières inc.	413 914 $	404 316 $	2 %
	413 914 $	**404 316 $**	

	Budget total 2011-2012	Budget total 2010-2011	Variation
Contraception, allaitement, périnatalité, famille			
Allaitement-Soleil	63 140 $	56 979 $	11 %
Association des familles monoparentales ou recomposées La Source	13 442 $	18 556 $	-28 %
Association Parents-ressources des Bois-Francs	19 840 $	18 468 $	7 %
Centre de ressources pour la naissance région Mauricie inc.	72 564 $	67 104 $	8 %
F.A.I.R.E (Familles d'appui et intervention pour un réseau d'entraide)	3 402 $	2 346 $	45 %
La Maison de la famille de Trois-Rivières inc.	51 049 $	58 116 $	-12 %
Le Lien Maison de la famille	2 500 $	1 500 $	67 %
Le Rendez-vous familial inc.	3 273 $	2 220 $	47 %
Maison de la famille des Chenaux	16 663 $	15 356 $	9 %
Maison de la famille du bassin de Maskinongé	29 346 $	17 942 $	64 %
Maison de la famille, Drummond inc.	27 303 $	23 224 $	18 %
Maison des familles Chemin du Roi inc.	9 219 $	7 001 $	32 %
Maison des familles de l'Érable	17 603 $	16 214 $	9 %
Maison des familles de Mékinac	16 177 $	14 821 $	9 %
Maison des familles du Rivage	5 724 $	4 613 $	24 %
Maternaide du Québec	83 999 $	77 850 $	8 %
Ressource Parent-ailes	27 112 $	47 668 $	-43 %
	462 356 $	**449 978 $**	
Personnes démunies			
Association coopérative d'économie familiale de la Mauricie (ACEF)	119 069 $	145 302 $	-18 %
Carrefour d'entraide Drummond inc.	124 376 $	139 889 $	-11 %
Carrefour Normandie Saint-Tite inc.	83 398 $	86 611 $	-4 %
Centre d'éducation populaire de Pointe-du-Lac	99 586 $	91 539 $	9 %
Centre d'entraide « Contact » de Warwick	66 484 $	61 385 $	8 %
Centre d'organisation mauricien de services et d'éducation populaire (C.O.M.S.E.P.)	100 526 $	92 905 $	8 %
Centre du Plateau Laval	122 084 $	106 915 $	14 %
Comptoir alimentaire Drummond inc.	81 111 $	95 247 $	-15 %
Ebyôn	63 437 $	59 646 $	6 %
Entraide Becancour inc.	55 301 $	39 334 $	41 %
Fonds communautaire des Chenaux	88 549 $	90 726 $	-2 %
La Maison de l'Abondance	65 133 $	64 411 $	1 %

	Budget total 2011-2012	Budget total 2010-2011	Variation
Personnes démunies (suite)			
La Sécurité alimentaire	78 723 $	79 178 $	-1 %
La Tablée populaire	94 570 $	98 107 $	-4 %
La Tablée populaire Shawinigan inc.	79 194 $	102 993 $	-23 %
L'Entre-aide de Louiseville	73 252 $	73 472 $	0 %
Les Artisans bénévoles de la paix en Mauricie	85 836 $	77 690 $	10 %
Les cuisines collectives de Francheville	111 823 $	115 475 $	-3 %
Les Cuisines collectives des Bois-Francs	118 525 $	120 342 $	-2 %
Ludolettre	89 420 $	74 894 $	19 %
Maison Coup de pouce T.-R.	85 552 $	74 341 $	15 %
Moisson Mauricie / Centre-du-Québec	137 833 $	180 235 $	-24 %
Organisme de récupération alimentaire et de services St-Eusèbe	84 620 $	83 366 $	2 %
Organisme de récupération anti-pauvreté de l'Érable	107 994 $	96 803 $	12 %
Ressource Aide alimentaire	74 091 $	69 313 $	7 %
	2 290 487 $	**2 320 119 $**	
VIH – SIDA			
Bureau local d'intervention traitant du sida (B.L.I.T.S.)	134 174 $	130 393 $	3 %
Maison Re-Né inc.	271 094 $	251 049 $	8 %
Sidaction (Trois-Rivières) inc.	104 581 $	100 034 $	5 %
	509 849 $	**481 476 $**	
Orientation et identité sexuelles			
GRIS - Centre-du-Québec	26 260 $	15 000 $	75 %
	26 260 $	**15 000 $**	
Concertation et consultation générale			
Table régionale des organismes communautaires (TROC) œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux Centre-du-Québec et Mauricie	194 870 $	189 432 $	3 %
	194 870 $	**189 432 $**	
Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté			
La maison La Nacelle	621 310 $	605 771 $	3 %
La Rose des vents de Drummond inc.	636 521 $	622 055 $	2 %
La Séjournelle (maison d'aide et d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale avec ou sans enfants)	635 850 $	619 971 $	3 %
Le FAR (famille, accueil, référence) 1985 inc.	660 994 $	643 524 $	3 %

	Budget total 2011-2012	Budget total 2010-2011	Variation
Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté (suite)			
Le Toit de l'Amitié	610 835 $	603 798 $	1 %
Maison « de Connivence » inc.	635 850 $	619 971 $	3 %
Maison d'hébergement La Volte-Face	637 984 $	622 055 $	3 %
	4 439 344 $	**4 337 145 $**	
Centre de femmes			
Centre de femmes de Shawinigan inc.	183 974 $	178 686 $	3 %
Centre de femmes Parmi elles	183 799 $	178 515 $	3 %
Centre des femmes L'Héritage	183 799 $	178 515 $	3 %
Femmes de Mékinac	183 616 $	178 336 $	3 %
La maison des femmes des Bois-Francs	183 889 $	178 603 $	3 %
Le collectif des femmes de Nicolet et région	196 955 $	191 413 $	3 %
Maison des femmes de Drummondville	184 040 $	178 750 $	3 %
	1 300 072 $	**1 262 818 $**	
Autres ressources pour femmes			
Centre de santé des femmes de la Mauricie	511 792 $	500 777 $	2 %
	511 792 $	**500 777 $**	
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)			
Centre d'aide AQUA-R-ELLE	129 071 $	125 069 $	3 %
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de Trois-Rivières	284 497 $	262 204 $	9 %
CALACS Entraid'Action, centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel	158 785 $	138 462 $	15 %
La Passerelle, Centre d'aide et de prévention contre les agressions sexuelles	241 902 $	235 256 $	3 %
	814 255 $	**760 991 $**	
Ressources pour hommes			
Halte Drummond	140 502 $	136 232 $	3 %
Homme alternative	140 502 $	136 232 $	3 %
L'Accord Mauricie inc.	200 745 $	162 134 $	24 %
Chez-nous, Entre-hommes	107 974 $	124 224 $	-13 %
	589 723 $	**558 822 $**	
	34 573 695 $	**33 246 641 $**	

LE BILAN D'APPLICATION DE LA LOI METTANT EN OEUVRE CERTAINES DISPOSITIONS DU DISCOURS SUR LE BUDGET DU 30 MARS 2010 ET VISANT LE RETOUR À L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE EN 2013-2014 ET LA RÉDUCTION DE LA DETTE

Le 12 juin 2010, l'Assemblée nationale sanctionnait le projet de loi 100 établissant l'objectif de réduire de 10 % les dépenses de fonctionnement de nature administrative constatées en 2009-2010, et ce, d'ici le 31 mars 2014. Des mesures spécifiques ont été ciblées par le gouvernement en 2010-2011 pour y arriver. Ces mesures visent la réduction de la taille des effectifs du personnel administratif et d'encadrement et une réduction de 25 % des dépenses de déplacement, de formation et de publicité.

La région a soumis un plan d'action régional pour l'atteinte de ces cibles et le tableau ci-après indique les résultats de l'exercice financier. Globalement, la région a de nouveau atteint les cibles sur tous les aspects visés par ces mesures. Rappelons que le déploiement des progiciels administratifs régionaux ayant été réalisé pendant l'exercice de référence (2009-2010), le volume d'heures de travail non récurrent réalisé au cours de cet exercice atténue considérablement le niveau de la réduction des effectifs administratifs. Malgré l'ampleur du défi à réaliser au niveau des dépenses de déplacement, de formation et de publicité, celui-ci a été maintenu pour tous les établissements en 2011-2012, incluant les augmentations de prix causées par l'inflation.

Suivi Loi 100	Suivi global des cibles pour l'équilibre budgétaire		Suivi de la réduction des effectifs				Suivi de la diminution des frais administratifs			
	Total des cibles 2010-2014	Total des cibles 2011-2012	Heures 09-10 selon le AS-471	Heures 11-12 selon les établissements	Cible 11-12 (MSSS)	Écart 2009-2010 vs 2011-2012 (favorable) défavorable	Dépenses selon le AS-471 2009-2010 et l'information donnée de l'établissement	Dépenses maximales acceptées 75%	Réel au 31 mars 2012	Écart favorable (défavorable)
Domrémy	71 000 $	52 592 $	30 520 h	28 805 h	-283 h	-1 715 h	84 146 $	63 110 $	38 210 $	24 900 $
InterVal	205 000 $	158 148 $	60 932 h	59 893 h	-849 h	-1 039 h	237 564 $	178 173 $	167 013 $	11 160 $
CSSS Vallée-de-la-Batiscan	232 000 $	173 969 $	144 301 h	141 811 h	-1 192 h	-2 490 h	134 037 $	100 528 $	82 043 $	18 485 $
CSSS Haut-Saint-Maurice	275 000 $	201 539 $	149 059 h	145 988 h	-1 297 h	-3 071 h	135 579 $	101 685 $	73 085 $	28 600 $
CSSS Maskinongé	295 000 $	179 833 $	147 509 h	141 265 h	-1 346 h	-6 244 h	126 800 $	95 100 $	82 917 $	12 183 $
CSSS Bécancour–Nicolet-Y	470 000 $	283 732 $	269 105 h	254 698 h	-2 018 h	-14 407 h	191 050 $	143 288 $	106 193 $	37 095 $
CRDITED	519 000 $	399 119 $	129 952 h	126 610 h	-2 363 h	-3 342 h	546 064 $	409 549 $	365 377 $	44 172 $
Centre jeunesse	651 000 $	416 863 $	202 479 h	177 869 h	-2 559 h	-24 610 h	389 658 $	292 244 $	229 059 $	63 185 $
Agence	753 326 $	136 874 $	136 874 h	121 208 h	-3 758 h	-15 666 h	452 557 $	339 418 $	250 002 $	89 416 $
CSSS Drummond	895 000 $	704 051 $	515 293 h	511 195 h	-4 064 h	-4 098 h	297 949 $	223 462 $	204 444 $	19 018 $
CSSS Arthabaska-Érable	934 000 $	711 885 $	625 152 h	603 747 h	-5 131 h	-21 405 h	420 518 $	315 389 $	293 234 $	22 155 $
CSSS Énergie	960 000 $	631 056 $	563 076 h	551 684 h	-4 626 h	-11 392 h	322 873 $	242 155 $	236 506 $	5 649 $
CSSS TR fusionné	1 931 000 $	1 385 213 $	1 130 490 h	1 122 263 h	-8 417 h	-8 227 h	631 837 $	466 383 $	464 670 $	1 713 $
TOTAL	8 191 326 $	5 434 874 $	4 104 742 h	3 987 036 h	**-37 903 h**	**-117 706 h**	3 970 632 $	2 970 484 $	2 592 753 $	**377 731 $**
			Cible atteinte				Cible atteinte			

Note : Le rapport financier annuel des établissements porte l'identifiant AS-471

LES AUTORISATIONS D'EMPRUNT ACCORDÉES AUX ÉTABLISSEMENTS

Au cours de l'exercice financier 2011-2012, deux établissements de la région ont eu recours à des emprunts temporaires autorisés par l'Agence et le MSSS, tout comme en 2010-2011. Les montants autorisés au 31 mars 2012 figurent dans le tableau ci-bas.

Le montant total des autorisations d'emprunt temporaire accordé aux établissements publics au 31 mars 2012 pour les dépenses courantes de fonctionnement représente 2,42 % (3,32 % en 2010-2011) du total des budgets bruts de fonctionnement des établissements publics de la région.

Selon la politique d'emprunt révisée le 20 novembre 2009, il n'y a pas de maximum régional en ce qui a trait aux emprunts reliés aux dépenses courantes de fonctionnement; ces derniers étant sous la gestion du MSSS. Quant au maximum régional pour les dépenses en immobilisations, il s'élève à 3 830 000 000 $. La région respecte ce maximum en ce qui concerne cette catégorie.

Également, un nouvel emprunt a été autorisé à un établissement par le MSSS, conformément au cadre de gestion des projets autofinancés par les économies d'énergie. L'autorisation émise pour l'établissement est de 4 787 923 $. De plus, une autorisation d'emprunt d'un montant de 3 365 326 $ a été abrogée par le MSSS à la demande d'un établissement. Aussi, un ajustement à la baisse d'un montant de 183 871 $ a été effectué par le MSSS à la suite d'une révision d'un projet à la demande de l'établissement.

Une autorisation d'emprunt pour un projet autofinancé sur une période excédant cinq ans a été émise par le MSSS dans le cadre de la relocalisation d'espaces d'un établissement de notre région. L'autorisation d'emprunt émise est de 3 220 598 $. Cet emprunt ne figure pas au tableau ci-bas puisqu'il est assumé par le service de la dette du MSSS, à même les économies générées par le projet.

Montants totaux pour chacun des types et catégories d'emprunt

	31 mars 2012		31 mars 2011
	Emprunts autorisés	**Emprunts utilisés**	**Emprunts autorisés**
Reliés aux dépenses courantes de fonctionnement			
Équilibre budgétaire	25 200 000 $	10 499 755 $	32 815 000 $
Traitement différé	400 000 $	400 000 $	185 000 $
	25 600 000 $	**10 899 755 $**	**33 000 000 $**
Reliés aux dépenses en immobilisations			
Projets autofinancés (autorisations régionales)	1 210 795 $	543 769 $	1 675 307 $
Projets financés par les activités accessoires			
Reliés aux projets d'économies d'énergie			
Projets autofinancés par les économies d'énergie (projets autorisés par le MSSS) - en cours d'implantation	16 173 382 $	8 881 668 $	14 934 656 $
	17 384 177 $	**9 425 437 $**	**16 609 963 $**

LES DONNÉES FINANCIÈRES DES ÉTABLISSEMENTS

ÉTABLISSEMENTS	2011-2012 Revenus totaux	2011-2012 Résultats	2010-2011 Revenus totaux	2010-2011 Résultats
CSSS				
du Haut-Saint-Maurice	32 593 367	516 772	30 998 976	274 319
de la Vallée-de-la-Batiscan	28 278 152	606 404	26 740 479	701 993
de l'Énergie	167 574 374	33 500	157 123 225	676 126
de Maskinongé	33 133 142	394 598	30 411 743	377 782
de Trois-Rivières	331 542 755	666 088	311 575 654	1 354 457
de Bécancour–Nicolet-Yamaska	61 223 429	1 034 670	56 883 267	564 623
Drummond	152 714 535	1 514 852	140 828 058	782 492
d'Arthabaska-et-de-l'Érable	155 640 983	2 281 246	145 671 869	2 902 284
	962 700 737	**7 048 130**	**900 233 271**	**7 634 076**
Centre de réadaptation et CJ				
Centre jeunesse MCQ	68 378 779	420 719	67 424 269	307 949
Domrémy MCQ	8 188 040	(153 742)	8 997 389	1 288 251
CR InterVal	31 284 886	(734 459)	29 489 306	238 568
CRDITED MCQ - Institut universitaire	66 736 717	428 589	65 329 498	77 298
	174 588 422	**(38 893)**	**171 240 462**	**1 912 066**
Privés conventionnés				
Foyer Saints-Anges Ham-Nord	2 206 708	166 430	2 015 994	31 005
Vigi Santé Ltée (Les Chutes)	5 922 970	(48 302)	5 531 576	(90 116)
	8 129 678	**118 128**	**7 547 570**	**(59 111)**
Cible déficitaire				(2 646 206)
	1 145 418 837	**7 127 365**	**1 079 021 303**	**6 840 825**

LES ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE

LE RAPPORT DE LA DIRECTION

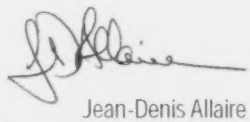
Les états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec ont été dressés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables canadiennes pour le secteur public et les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère comme nécessaire en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

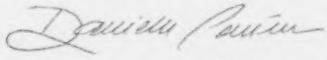
L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

La firme Dessureault Leblanc Lefebvre, comptables agréés S.E.N.C.R.L. a procédé à l'audit des états financiers de l'Agence, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada, et son rapport de l'auditeur expose l'étendue et la nature de cet audit et l'expression de son opinion. La firme Dessureault Leblanc Lefebvre, comptables agréés S.E.N.C.R.L. peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité d'audit pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Jean-Denis Allaire
Président-directeur général



Danielle Couture
Directrice des services administratifs et de la qualité

LE RAPPORT DES VÉRIFICATEURS SUR LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS

Aux membres du conseil d'administration de
Agence de la santé et des services sociaux
de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent le bilan de tous les fonds ainsi que les états des résultats et des soldes de fonds cumulés de tous les fonds pour l'exercice terminé à cette date, sont tirés des états financiers audités de l'**Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec** (ci-après "Agence") pour l'exercice terminé le **31 mars 2012**. Nous avons exprimé une opinion modifiée sur ces états financiers dans notre rapport daté du 6 juin 2012 *(voir ci-dessous)*. Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les normes comptables canadiennes du secteur public. La lecture des états financiers utilisés pour la préparation des états financiers résumés ne saurait, par conséquent, se substituer à la lecture des états financiers audités de l'Agence.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés
La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités, conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Responsabilité de l'auditeur
Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre, conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, "Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés".

Opinion
À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de l'Agence pour l'exercice terminé le **31 mars 2012** constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux normes comptables canadiennes du secteur public.

Autre point
Les anomalies que comportent les états financiers audités sont décrites dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 6 juin 2012. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que l'Agence, comme exigé par le ministère, a dérogé aux normes comptables canadiennes pour le secteur public pour les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance-salaire. Notre opinion avec réserve indique, à l'exception des incidences des problèmes décrits, que ces états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'Agence au **31 mars 2012**, ainsi que des résultats de ses activités et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Desmeault Leblanc Lefebvre
COMPTABLES AGRÉÉS[1]

Trois-Rivières, le 19 juin 2012

[1] Par : Claude Lacombe, CPA auditeur, CA

LES ÉTATS FINANCIERS

Fonds d'exploitation

Exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉE

RÉSULTATS

		Activités principales		Activités accessoires	
REVENUS		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
Subventions MSSS :					
Budget signifié	01	10 937 244	11 131 802	173 502	81 000
(Diminution) ou augmentation du financement (préciser) Maintien de l'équité et mesures découlant des conventions collectives	02	20 087			
Variation des revenus reportés - MSSS	03	14 584	(16 724)		
Variation de la subvention à recevoir relative à la provision à payer liée aux congés de maladie et de vacances	04	(7 625)	7 625	(851)	851
Total (L.01 à L.04)	05	10 964 290	11 122 703	172 651	81 851
Revenus de placements	06	34 651	20 692		
Revenus commerciaux	07	xxxx	xxxx		
Revenus d'autres sources:					
Ventes de services et recouvrements	08	732 035	922 399		
Subventions Gouvernement du Canada	09	23 088	22 613		
Autres revenus (préciser) page 292-1	10	197 587	220 838	65 000	65 000
Total des revenus (L.05 à L.10)	11	11 951 651	12 309 245	237 651	146 851
CHARGES					
Salaires	12	6 638 575	6 953 688	51 105	54 322
Avantages sociaux	13	1 907 572	2 057 950	16 317	13 237
Charges sociales (C.1: P291, précision 5, C.3: P291, précision 7)	14	891 480	948 084	6 794	6 929
Frais de déplacement et de représentation et dépenses C.A.(act.princ.)	15	131 879	158 419	933	1 418
Services achetés (C.1: P.291, précision 6)	16	750 197	603 578	101 966	
Publicité et communication	17	118 123	147 638		710
Loyers	18	757 464	743 562		
Location d'équipement	19	58 351	56 815		
Fournitures de bureau	20	205 234	89 816		
Dépenses de transfert	21	137 913	32 900		
Créances douteuses	22				
Autres charges (préciser) page 292-1	23	220 290	36 996	65 000	65 000
Charges extraordinaires	24	xxxx	xxxx	338	
Total des charges (L.12 à L.24)	25	11 817 078	11 829 446	242 453	141 616
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.11 - L.25)	26	134 573	479 799	(4 802)	5 235

Renseignement à titre informatif seulement					
Contributions de l'avoir-propre et interfonds :					
En provenance de l'avoir-propre (+) (préciser)	27				
En provenance de fonds affectés (+) (préciser)	28			xxxx	xxxx
En provenance du fonds des activités régionalisées (+) (préciser) page 292-1	29	198 433		xxxx	xxxx
En provenance du fonds de stationnement (+) (préciser)	30				
Affectées au fonds d'immobilisations (-)	31	(42 261)	(12 283)		
Affectées au fonds de stationnement (c/a 8610) (-)	32	xxxx	xxxx		
Affectées à d'autres fonds (-) (préciser) page 292-2	33		(3 419)		
Excédent (Déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L.26 à L.33)	34	290 745	464 097	(4 802)	5 235

Fonds des activités régionalisées — Exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉE

RÉSULTATS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
REVENUS			
Crédits régionaux destinés aux établissements	01	4 945 137	5 226 294
Variation des revenus reportés - MSSS	02	46 559	(121 591)
Variation de la subvention à recevoir relative à la provision à payer liée aux congés de maladie et de vacances	03	(1 305)	1 305
FINESSS	04		
Contributions des établissements	05	46 000	46 000
Revenus de placements	06	24 956	11 656
Revenus d'autres sources:			
Ventes de services et recouvrements	07	303 892	400 467
Subventions Gouvernement du Canada	08		
Autres revenus	09	480 488	161 784
Total des revenus (L.01 à L.09)	10	5 845 727	5 725 915
CHARGES			
Salaires	11	1 844 731	1 683 851
Avantages sociaux	12	453 559	493 907
Charges sociales - Fonds des services de santé (FSS)	13	96 249	94 099
Charges sociales - autres	14	156 866	142 751
Frais de déplacement et de représentation	15	45 374	64 048
Services achetés	16	2 006 307	2 374 261
Publicité et communication	17	340 317	239 860
Loyers	18	52 675	18 352
Dépenses de transfert	19	170 186	
Fournitures de bureau	20	46 322	22 699
Créances douteuses	21		
Autres charges	22	439 779	753 615
Total des charges (L.11 à L.22)	23	5 652 365	5 887 443
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.10 - L.23)	24	193 362	(161 528)

Renseignement à titre informatif seulement			
Contributions de l'avoir-propre et interfonds:			
En provenance de l'avoir-propre (+) (préciser)	25		
En provenance du fonds d'exploitation (+)	26		3 419
En provenance du fonds des activités régionalisées (+)	27		
En provenance de fonds affectés (+)	28	147 171	175 906
Affectées au fonds d'exploitation (-)	29	(198 433)	
Affectées au fonds des activités régionalisées (-)	30		
Affectées à des fonds affectés (-)	31		
Affectées au fonds d'immobilisations (-)	32	(199 139)	(122 632)
Autres transferts interfonds	33		
Excédent (Déficit) après contributions de l'avoir-propre et interfonds (L.24 à L.33)	34	(57 039)	(104 835)

RÉSULTATS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
REVENUS			
Ministère de la santé et des services sociaux:			
Subvention pour le remboursement de la dette-capital	01	822 581	730 230
Subvention pour le remboursement de la dette-intérêt	02	3 366 274	3 811 144
Revenus de placements	03	7 891	4 190
Gain sur disposition d'immobilisations	04		1 059
Amortissement des revenus reportés:			
Subventions Gouvernement du Canada	05		
Autres contributions et dons (préciser)	06		
Autres revenus (préciser)	07		17 380
Total des revenus (L.01 à L.07)	08	4 196 746	4 564 003
CHARGES			
Frais financiers:			
Intérêts sur emprunts temporaires et sur la dette	09	3 352 988	3 733 113
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	10		
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	11	16 003	11 980
Dépenses d'immobilisations non capitalisables	12	186 035	364 978
Amortissement des immobilisations	13	629 920	577 493
Perte sur disposition d'immobilisations	14		
Autres charges (préciser) Page 292-2	15	132 024	252
Total des charges (L.09 à L.15)	16	4 316 970	4 687 816
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.08 - L.16)	17	(120 224)	(123 813)

Renseignement à titre informatif seulement: Contributions			
Contributions en provenance du:			
Fonds d'exploitation-activités principales (+)	18	42 261	12 283
Fonds d'exploitation-activités accessoires complémentaires (+)	19		
Fonds d'exploitation-activités accessoires commerciales (+)	20		
Fonds des activités régionalisées (+)	21	199 139	122 632
De fonds affectés (+)	22	42 865	13 396
Fonds de stationnement (+)	23		
Contributions affectées à d'autres fonds (-) (préciser) page 292-2	24	(49 401)	
Excédent (Déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L.17 à L.24)	25	114 640	24 498

SOLDES DE FONDS TOTAUX

		Fonds d'exploitation 1	Fonds des activités régionalisées 2	Fonds d'immobilisation 3	Fonds affectés et de stationnement 4	Total des fonds (C.1 à C.4) 5
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	1 103 927	2 469 796		1 377 684	4 951 407
ADDITIONS (DÉDUCTIONS) Excédent des revenus sur les charges (des charges sur les revenus)	02	129 771	193 362	(120 224)	(261 111)	(58 202)
Libération de surplus	03		xxxx	xxxx	xxxx	
Transferts interfonds	04	156 172	(250 401)	234 864	(190 036)	(49 401)
Autres additions (déductions)	05	59 195		(38 348)		20 847
VARIATION DE L'EXERCICE (L.02 à L.05)	06	345 138	(57 039)	76 292	(451 147)	(86 756)
Redressements demandés par le MSSS	07					
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.06 + L.07)	08	1 449 065	2 412 757	76 292	926 537	4 864 651

Le total à ligne 04, colonne 5 doit être égal à zéro.

BILAN

		Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
ACTIF		Exercice courant	Exercice précédent	Exercice courant	Exercice précédent
À court terme		1	2	3	4
Encaisse	01	2 674 923	2 085 411	2 899 573	2 446 921
Placements temporaires	02				
Débiteurs :					
MSSS (C.1: P.290, précision 3)	03	146 210	100 000	101 870	262 764
FINESSS	04	xxxx	xxxx		
Établissements publics (préciser) page 292-3	05	6 267	3 634	79 964	385 081
Gouvernement du Canada	06				
Fonds d'exploitation	07	xxxx	xxxx		
Fonds des act. régionalisées (C.1 : préciser)	08			xxxx	xxxx
Fonds affectés (C.1 : préciser)	09				
Autres débiteurs (C.1 : préciser) page 292-3	10	296 963	737 311	93 155	239 462
Charges payées d'avance	11	43 614	25 698	3 206	
Actifs incorporels et actifs non amortissables, excluant terrains (préciser)	12			xxxx	xxxx
Autres éléments (C.1 : préciser) page 292-3	13	89 912	116 492	124 898	118 571
Total - Actif à court terme (L. 01 à L.13)	14	3 257 889	3 068 546	3 302 666	3 452 799
À long terme Subvention à recevoir - provision pour vacances et congés de maladie	15	994 530	1 003 006	116 857	118 162
Autres éléments d'actif (C.1 : préciser) page292-3	16	250	250		
TOTAL DE L'ACTIF (L.14 à L.16)	17	4 252 669	4 071 802	3 419 523	3 570 961
PASSIF					
À court terme					
Découvert de banque	18			62 678	115 106
Emprunts temporaires	19				
Intérêts courus à payer	20				
Autres créditeurs et autres charges à payer :					
MSSS (C.1: P.290, précision 4)	21		200 000		
Établissements publics (préciser) page 292-4	22	52 085	12 632		68 258
Fonds d'exploitation	23	xxxx	xxxx		
Fonds des activités régionalisées (C.1: préciser)	24			xxxx	xxxx
Fonds affectés (C.1 : préciser)	25				
Salaires courus à payer	26	841 325	753 348	14 175	14 229
Fonds des services de santé (FSS) à payer	27	20 367	21 359		
Autres créditeurs (C.1 : préciser) page 292-4	28	613 106	631 495	306 475	289 170
Revenus reportés - Gouvernement du Canada	29				
Autres revenus reportés (C.1 : préciser à la page 289)	30	215 542	252 017	434 064	426 420
Provision pour vacances et congés de maladie	31	1 043 812	1 090 583	189 374	187 982
Autres éléments (C.1 : préciser) page 292-4	32	17 367	6 441		
Total – Passif à court terme (L.18 à L.32)	33	2 803 604	2 967 875	1 006 766	1 101 165
Dettes à long terme (C.1 : préciser)	34				
TOTAL DU PASSIF (L.33 + L.34)	35	2 803 604	2 967 875	1 006 766	1 101 165
SOLDE DE FONDS	36	1 449 065	1 103 927	2 412 757	2 469 796
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.35 + L.36)	37	4 252 669	4 071 802	3 419 523	3 570 961

Fonds d'immobilisations

Exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉE

BILAN

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIF			
À court terme			
Encaisse	01	1 191 392	1 363 605
Placements temporaires	02		
Avances de fonds aux établissements publics	03	28 791 165	25 077 514
Débiteurs:			
MSSS	04		831 886
Gouvernement du Canada	05		
Autres débiteurs (préciser) Page 292-04	06	111 499	71 387
À long terme			
Immobilisations	07	3 992 464	2 153 839
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable	08	57 452 446	62 730 294
Frais reportés liés aux dettes	09	88 064	71 879
Autres éléments d'actifs (préciser) Page 292-04	10	6 073 578	6 069 015
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.10)	11	97 700 608	98 369 419
PASSIF			
À court terme			
Découvert de banque	12		
Emprunts temporaires	13	37 261 941	31 754 140
Intérêts courus à payer	14	813 849	926 776
Salaires courus à payer	15		
Fonds des services de santé (FSS) à payer	16		
Provision pour vacances et congés de maladie	17		
Avances de fonds en provenance d'une agence	18		
Autres éléments (préciser) Page 292-04	19	970 447	1 355 888
À long terme			
Revenus reportés - Gouvernement du Canada	20		
Autres revenus reportés	21		
Passifs environnementaux	22		
Dettes à long terme	23	58 578 079	64 332 615
TOTAL DU PASSIF (L.12 à L.23)	24	97 624 316	98 369 419
SOLDE DE FONDS	25	76 292	
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.24 + L.25)	26	97 700 608	98 369 419

Fonds affectés cumulés

Exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉE

BILAN

ACTIF		Exercice courant	Exercice précédent
À court terme		1	2
Encaisse	01	2 492 896	1 726 623
Placements temporaires	02		
Débiteurs :			
MSSS	03	1 725 945	1 038 297
FINESSS	04		
Établissements publics	05	44 502	62 552
Gouvernement du Canada	06		
Fonds d'exploitation	07		
Fonds des activités régionalisées	08		
	09	xxxx	xxxx
Autres débiteurs	10	163 886	102 469
Charges payées d'avance	11	3 811	6 126
Autres éléments	12		
Total - Actif à court terme (L.01 à L.12)	13	4 431 040	2 936 067
À long terme			
Subvention à recevoir - provision pour vacances et congés de maladie	14	56 081	56 461
Placements à long terme	15		
TOTAL DE L'ACTIF (L.13 à L.15)	16	4 487 121	2 992 528
PASSIF			
À court terme			
Découvert de banque	17	4 127	16 664
Emprunts temporaires	18		
Intérêts courus à payer	19		
Autres créditeurs et autres charges à payer :			
Établissements publics	20	323 100	168 272
Organismes	21		
Fonds d'exploitation	22		
Fonds des activités régionalisées	23		
	24	xxxx	xxxx
Salaires courus à payer	25	4 934	6 392
Fonds des services de santé (FSS) à payer	26		
Autres créditeurs	27	909 148	532 244
Revenus reportés - MSSS	28	1 856 911	158 000
Revenus reportés - Gouvernement du Canada	29		
Autres revenus reportés	30		
Provision pour vacances et congés de maladie	31	54 495	54 661
Autres éléments	32	407 869	678 611
TOTAL DU PASSIF (L.17 à L.32)	33	3 560 584	1 614 844
SOLDE DE FONDS	34	926 537	1 377 684
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.33 + L.34)	35	4 487 121	2 992 528

Fonds affectés cumulés

Exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉE

RÉSULTATS

		Exercice courant	Exercice précédent
		1	2
REVENUS			
MSSS	01	36 750 017	35 511 825
Crédits régionaux	02	1 500 000	1 200 000
Variation des revenus reportés - MSSS	03	(1 198 911)	(135 500)
Variation de la subvention à recevoir relative à la provision à payer liée aux congés de maladie et de vacances	04	(382)	381
FINESSS	05		
Revenus de placements	06	48 455	35 039
Revenus d'autres sources:			
Subventions Gouvernement du Canada	07		
Autres revenus	08	7 648 946	7 664 491
Total des revenus (L.01 à L.08)	09	44 748 125	44 276 236
CHARGES			
Dépenses de transfert	10	44 158 273	3 783 348
	11	xxxx	xxxx
Frais financiers	12		
Charges d'exploitation:			
Salaires	13	320 679	193 825
Avantages sociaux	14	39 634	39 858
Charges sociales - Fonds des services de santé (FSS)	15	9 303	10 408
Charges sociales - Autres	16	13 550	14 899
Frais de déplacement et de représentation	17	21 723	15 427
Services achetés	18	63 269	190 316
Location d'équipement	19	4 761	14 146
Fournitures de bureau	20	135 753	33 075
Autres charges	21	242 291	40 281 628
Total des charges (L.10 à L.21)	22	45 009 236	44 576 930
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.09- L.22)	23	(261 111)	(300 694)

Fonds affectés cumulés — Exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉE

SOLDES DES FONDS

		Exercice courant	Exercice précédent
		1	2
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	1 377 684	1 867 680
Additions (déductions)			
Excédent (Déficit) de l'exercice	02	(261 111)	(300 694)
Transferts interfonds (provenance):			
Contributions du fonds d'exploitation (+)	03		
Contributions des activités régionalisées (+)	04		
Contributions de fonds affectés (+)	05		
Transferts interfonds (affectations):			
Contributions au fonds d'exploitation (-)	06		
Contributions au fonds des activités régionalisées (-)	07	(147 171)	(143 862)
Contributions à d'autres fonds affectés (-)	08		
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	09	(42 865)	(13 396)
Transferts interfonds (pages 529, 530 et 531)	10		(32 044)
Autres additions (déductions)	11		
Variation de l'exercice (L.02 à L.11)	12	(451 147)	(489 996)
Redressements demandés par le MSSS	13		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.12 + L.13)	14	926 537	1 377 684

ÉTAT D'ALLOCATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE DES CRÉDITS 2011-2012

		Montant
ENVELOPPE RÉGIONALE		
Montant de l'enveloppe régionale finale (nette) 2011-2012 inscrit dans le système SBF-R	01	1 060 978 441
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE		
Allocations aux établissements	02	973 436 426
Allocations aux organismes communautaires	03	34 756 268
Allocations à d'autres organismes excluant ligne 02 et ligne 03	04	2 398 878
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R **(L. 02 à L. 04)**	05	1 010 591 572
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact à l'enveloppe régionale finale	06	42 124 452
Autres (préciser) page 292-5	07	12 600
TOTAL (L.05 à L.07)	08	1 052 728 624
Excédent de l'enveloppe régionale sur les affectations avant prévision des comptes à payer (L.01 - L.08)	09	8 249 817
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les établissements publics		
- Comptes à payer signifiés (préciser) page 292-5	10	5 307 546
- Comptes à payer non signifiés	11	486 694
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les organismes autres que les établissement publics		
- Comptes à payer signifiés (préciser) page 292-6	12	1 911 333
- Comptes à payer non signifiés	13	
TOTAL des comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R **(L.10 à L.13)**	14	7 705 573
Comptes à fin déterminée reportés à l'enveloppe régionale de l'exercice subséquent	15	544 244
EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS (L.09 - L.14 - L.15)	16	

NOTE 1 - CONSTITUTION ET OBJETS

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec a été constituée le 1er janvier 2006 en vertu de la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives* (2005, chapitre 32). Elle a principalement pour objet d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

NOTE 2 - RÉSULTATS

Le résultat des opérations des ACTIVITÉS PRINCIPALES indiqué à la page 200, ligne 26, colonne 1 se solde par un excédent des revenus sur les charges au montant de 134 573 $ et est imputé au solde des activités principales. Ce montant est assujetti à la politique de libération du surplus.

Le résultat des opérations des ACTIVITÉS ACCESSOIRES indiqué à la page 200, ligne 26, colonne 3 se solde par un excédent des charges sur les revenus de 4 802 $ et est imputé à l'AVOIR PROPRE.

NOTE 3- MODIFICATION DE CONVENTIONS COMPTABLES

Changement de référentiel comptable

En décembre 2010, le Conseil sur la comptabilité dans le secteur public a modifié la préface des normes comptables pour le secteur public dans le but d'enjoindre aux organismes sans but lucratif du secteur public, de se conformer soit au *Manuel de comptabilité de l'Institut canadien des comptables agréés (ICCA) pour le secteur public* avec les chapitres SP 4200 à SP 4270, soit au *Manuel de comptabilité de l'ICCA pour le secteur public* (Manuel du secteur public) sans ces chapitres, et ce, à compter des exercices ouverts le 1er janvier 2012.

À la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), l'Agence a adopté par anticipation les normes du Manuel du secteur public sans les chapitres SP 4200 à SP 4270 (normes comptables s'appliquant uniquement aux organismes sans but lucratif du secteur public) pour le rapport financier annuel du 31 mars 2011 et du 31 mars 2012.

De plus, le rapport financier annuel préparé par la direction de l'Agence est établi conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception de la norme suivante :

- Les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance ne sont pas comptabilisés au bilan du fonds d'exploitation, ni au bilan regroupé, ce qui constitue une dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

NOTE 4- DESCRIPTION DES PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES

1) Conventions comptables

Le rapport financier annuel de l'Agence a été préparé par la direction conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

2) Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel de l'Agence exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi qu'à la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

NOTE 4 - DESCRIPTION DES PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES (suite)

3) Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

4) Comptabilité par fonds

L'Agence suit les principes de la comptabilité par fonds. Les fonds suivants apparaissent aux états financiers de toutes les agences et présentent donc une importance particulière :

- Le fonds d'exploitation regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires) .

- Le fonds d'immobilisations regroupe les opérations relatives aux immobilisations appartenant à l'Agence, aux dettes à court et à long terme, à leur égard et à tout autre mode de financement s'y rattachant. Les immobilisations acquises pour les activités régionalisées, pour les activités des fonds affectés de l'Agence et pour des établissements privés admissibles (voir la circulaire codifiée 03.02.30.01), sont inscrites directement au fonds d'immobilisations de l'Agence. De plus, les charges non capitalisables financées par les enveloppes décentralisées sont présentées aux résultats du fonds d'immobilisations.

- Le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations de l'Agence relatives à sa fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiées par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs. Le financement de ces opérations est assuré principalement à partir de crédits normalement destinés aux établissements et gérés sur une base régionale et par les établissements concernés.

- Les fonds affectés sont constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées.

- Le Fonds de santé au travail regroupe les activités reliées à la mise en application des programmes de santé au travail élaborés par la Commission de la santé et de la sécurité au travail. Ces programmes visent à maintenir et à promouvoir la santé en milieu de travail. Le financement du fonds est constitué des subventions de la Commission de la santé et de la sécurité au travail et les activités sont réalisées par l'équipe régionale et les équipes locales.

- L'Agence peut aussi, si certaines conditions sont réunies, se doter d'un fonds de stationnement pour y transférer les revenus nets de stationnement. Les conditions préalables à la création du fonds de stationnement et les utilisations possibles des montants qui y sont accumulés sont prévues dans la circulaire 03.01.10.12.

Dans le contexte de la consolidation, afin d'éviter la comptabilisation en double des revenus et des charges, les transferts de fonds à un autre fonds sont comptabilisés directement au solde de fonds des fonds concernés.

Dans le cas du fonds d'exploitation, du fonds des activités régionalisées et du fonds d'immobilisations, ils sont toutefois tenus en compte pour fins de présentation à l'état des résultats de manière à démontrer les résultats avant et après les transferts. Par la suite, ils sont présentés au solde du fonds des fonds concernés.

NOTE 4 - DESCRIPTION DES PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES (suite)

5) Classification des activités

La classification des activités du fonds d'exploitation de l'Agence tient compte des services qu'elle peut fournir dans la limite de ses pouvoirs. Les activités sont classées en deux groupes :

- Activités principales
  Les activités principales regroupent les opérations qui découlent des fonctions que l'Agence est appelée à exercer et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission.

- Activités accessoires
  Les activités accessoires comprennent les fonctions que l'Agence exerce, dans la limite de ses pouvoirs, en sus de ses activités principales.

  Ces activités se subdivisent en activités complémentaires et de type commercial.

  Les activités accessoires complémentaires regroupent les opérations qui, tout en constituant un apport au réseau de la santé et des services sociaux, découlent des fonctions additionnelles exercées par l'Agence en sus des fonctions confiées à l'ensemble des agences.

  Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les opérations de nature commerciale, non reliées directement à l'exercice des fonctions confiées aux agences.

6) Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, les charges engagées par l'Agence dans le cadre du fonds d'exploitation et du fonds des activités régionalisées sont regroupées dans des centres d'activités. Chacun de ceux-ci est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus par l'Agence.

7) Immobilisations

Les immobilisations acquises sont comptabilisées au coût. Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile :

Catégories	Durée :
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max 10 ans)
Équipement informatique	3 ans
Équipement médical	12 ans
Mobilier et équipement de bureau	5 ans
Autres équipements	5 à 15 ans

8) Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire. Le solde non amorti de l'escompte et des frais d'émission est inclus aux frais reportés liés aux dettes alors que le solde non amorti de la prime est présenté à titre de revenu reporté.

NOTE 4 - DESCRIPTION DES PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES (suite)

9) Avoir propre

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires et de la partie de l'excédent des revenus sur les charges des activités principales des exercices précédents libérée par le Ministère.

Les ajustements des revenus et des charges de chacun des fonds s'appliquant aux exercices antérieurs sont comptabilisés à l'état des résultats du fonds correspondant.

Toutefois, seuls les redressements relatifs à une modification de convention comptable ou à la correction d'une erreur significative (montant supérieur au seuil de signification par l'auditeur indépendant de l'Agence pour les fins de ses travaux d'audit des états financiers) dans les états financiers d'exercices antérieurs doivent être portés au solde du fonds. Les chiffres de l'exercice antérieur fournis pour fins de comparaison ne sont pas redressés.

Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des charges sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre.

10) Revenus

Les revenus sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice, c'est-à-dire dans l'année au cours de laquelle ont eu lieu des opérations ou les faits leur donnant lieu.

-Pour les sommes en provenance d'une entité faisant partie du périmètre comptable du gouvernement,(établissements publics, MSSS, etc.,Manuel de l'ICCA, chapitre SP3410) :
Ces sommes, dont le budget de fonctionnement sont constatées et comptabilisées aux revenus dans l'année financière au cours de la quelle surviennent les faits qui leur donnent lieu, dans la mesure où : ils sont autorisés, les critères d'admissibilité sont rencontrés (s'il en est) et une estimation raisonnable des montants en cause est possible lorsque applicable.

Les sommes reçues ou à recevoir concernant des revenus qui seront gagnés dans une année ultérieure peuvent faire l'objet d'un revenu reporté dans le cas où les sommes doivent être affectées à des fins prescrites et que les charges seront assumées dans le futur.

Lorsque les fins spécifiées sont remplies, la comptabilisation d'un revenu reporté n'est généralement plus permise. Toutefois, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, la comptabilisation d'un revenu reporté pourrait être possible si les faits donnant lieu au transfert ne sont pas survenus. C'est le cas lorsque la nouvelle entente prévoit les fins pour lesquelles les sommes restantes doivent être utilisées.

-Pour les sommes en provenance d'une entité hors du périmètre comptable du gouvernement (Manuel de l'ICCA, chapitre SP3100) : ces sommes sont constatées et comptabilisées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la charge,utilisation prévue ou période pendant laquelle lescharges devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites de l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

NOTE 4 - DESCRIPTION DES PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES (suite)

10) Revenus (suite)

Pour le fonds des activités régionalisées, sont reportés les revenus spécifiques pour des activités qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent.

Pour les fonds affectés, les subventions reportées ne peuvent découler que des situations suivantes :

Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée en tout ou en partie à un exercice financier futur.

Subvention reçue en fin d'exercice financier (trois derniers mois de l'exercice) ou au début de l'exercice financier subséquent et dont la réallocation ne peut être effectuée qu'au cours de l'exercice subséquent.

Subvention accordée pour la première année à un fonds affecté pour des activités dont la programmation n'a pu être déterminée dans l'année.

11) Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires. Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

12) Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds d'immobilisations. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

13) Analyses financières

L'Agence a reçu et traité l'analyse financière de l'exercice 2010-2011.

NOTE 5 - SUBVENTION À RECEVOIR SUR LES DETTES FINANCÉES PAR LE GOUVERNEMENT - RÉFORME COMPTABLE

La subvention à recevoir - réforme comptable fait l'objet d'estimations comptables. Au cours de l'exercice, la méthode utilisée a été révisée relativement à la subvention à recevoir pour le financement des immobilisations à la suite de l'expérience aquise au cours des dernières année.

Cette modification comptable appliquée prospectivement a pour effet d'augmenter (diminuter) les postes suivants :

	2012
Subvention à recevoir - immobilisations - écart de financement - Réforme comptable	(5 972 339)$
Subventions - Gouvernement du Québec	6 794 920 $
Surplus (déficits) de l'exercice	822 581 $

NOTE 6 - EMPRUNT BANCAIRE

Au 31 mars 2012, l'Agence dispose d'une marge de crédit autorisée de 35 000 000 $ au taux des acceptations bancaires plus 0,30 %, lequel est de 1,5 % à la date du bilan. Cette marge de crédit est garantie par le ministère de la Santé et des Services sociaux et le solde emprunté au 31 mars 2012 est de 30 609 736 $. La convention de crédit est renégociable le 31 mars 2013.

Au 31 mars 2012, l'Agence dispose également d'une marge de crédit autorisée de 6 428 000 $ au taux des acceptations bancaires plus 0,30 %, lequel est de 1,5 % en date du bilan. Cette marge de crédit est garantie par le ministère de la Santé et des Services Sociaux et le solde emprunté au 31 mars 2012 est de 5 843 944 $ plus les intérêts capitalisés d'un montant total de 229 634 $. La convention de crédit est renégociable le 30 juin 2012. Cet emprunt est relié à la réalisation des travaux de réaménagement de deux étages de l'aile A du Pavillon Saint-Joseph et sert également à assurer la continuité des services pour les frais supplémentaires encourus par le CSSS de Trois-Rivières afin de relocaliser la clientèle hébergée au site de Cloutier-du-Rivage.

NOTE 7 - DETTE À LONG TERME

	2012	2011
Marge de crédit de Financement-Québec (CHQ en 2011), portant intérêt au taux des acceptations bancaires d'un mois + 0,05 % (0,30 % en 2011) .Le taux préférentiel au 31 mars 2012 est de 1,25000 % (2011: 1,50143 %)	578 984 $	390 649 $
Emprunts de 101 380 196 $, remboursables par versements annuels variables de capital, échéant en mars 2023. L'intérêt, variant entre 4,66% et 9,82%, est payable semestriellement.	7 544 560	8 813 786
Emprunt de 16 701 600 $, remboursable par versements annuels de capital de 668 064 $ et un versement final de 7 348 704$, échéant en décembre 2015. L'intérêt au taux de 6,306% est payable semestriellement.	9 352 896	10 020 960
Emprunt de 13 917 356 $, remboursable par versements annuels de capital de 786 849 $ et un versement final de 6 048 863$, échéant en novembre 2012. L'intérêt au taux de 6,064% est payable semestriellement.	6 048 863	6 835 712
Emprunt de 4 966 274 $, remboursable par versements annuels de capital de 297 740 $ et un versement final de 202 437$, échéant en avril 2019. L'intérêt au taux de 6,514% est payable semestriellement.	2 286 616	2 584 356
Emprunt de 8 210 269 $, remboursable par versements annuels de capital de 483 603 $ et un versement final de 1 923 429$, échéant en décembre 2015. L'intérêt au taux de 6,118% est payable semestriellement.	3 374 238	3 857 841
Emprunt de 850 696 $, remboursable par versements annuels de capital de 34 028 $ et un versement final de 544 445$, échéant en octobre 2012. L'intérêt au taux de 5,653% est payable semestriellement.	544 445	578 473
Sous-total	**29 730 602 $**	**33 081 777 $**

NOTE 7 - DETTE À LONG TERME (suite)

	2012	2011
Sous-total	**29 730 602 $**	**33 081 777 $**
Emprunt de 9 853 297 $, remboursable par versements annuels de capital de 712 967 $ et un versement final de 5 575 492$, échéant en décembre 2011. L'intérêt au taux de 4,215% est payable semestriellement.	-	5 575 492
Emprunt de 742 695 $, remboursable par versements annuels de capital de 29 708 $ et un versement final de 564 448$, échéant en décembre 2011. L'intérêt au taux de 4,215% est payable semestriellement.	-	564 448
Emprunt de 1 127 937 $, remboursable par versements annuels de capital de 45 117 $ et un versement final de 857 232$, échéant en mars 2014. L'intérêt au taux de 4,408% est payable semestriellement.	902 349	947 467
Emprunt de 2 078 938 $, remboursable par versements annuels de capital de 175 800 $ et un versement final de 1 024 139$, échéant en mars 2014. L'intérêt au taux de 4,408% est payable semestriellement.	1 199 939	1 375 738
Emprunt de 2 634 549 $, remboursable par versements annuels de capital de 105 382 $ et un versement final de 2 107 639$, échéant en septembre 2013. L'intérêt au taux de 4,478% est payable semestriellement.	2 213 021	2 318 403
Emprunt de 6 777 363 $, remboursable par versements annuels de capital de 560 903 $ et un versement final de 3 972 847$, échéant en septembre 2013. L'intérêt au taux de 4,478% est payable semestriellement.	4 533 751	5 094 654
Emprunt de 353 487 $, remboursable par versements annuels de capital de 14 139 $ et un versement final de 282 790$, échéant en décembre 2014. L'intérêt au taux de 3,222% est payable semestriellement.	311 069	325 208
Emprunt de 12 213 084,85 $ auprès de Financement-Québec, portant intérêts au taux de 3,544%, remboursable par annuité de 1 331 665 $ et un versement final de 4 297 924$, intérêts en sus, garanti par une hypothèque mobilière sans dépossession portant sur la subvention qui sera accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, au nom du gouvernement du Québec, échéant en décembre 2016.	9 549 753	10 881 419
Emprunt de 801 060,10 $ auprès de Financement-Québec, portant intérêts au taux de 3,835 %, remboursable par annuité de 32 042,40 $ et un versement final de 640 848,10 $, intérêts en sus, garanti par une hypothèque mobilière sans dépossession portant sur la subvention qui sera accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, au nom du gouvernement du Québec, échéant en décembre 2016.	769 018	801 060
Emprunt de 3 098 527,24 $ auprès de Financement-Québec, portant intérêts au taux de 3,835 %, remboursable par annuité de 221 323 ,37 $ et un versement final de 1 991 910,39 $, intérêts en sus, garanti par une hypothèque mobilière sans dépossession portant sur la subvention qui sera accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, au nom du gouvernement du Québec, échéant en décembre 2016.	2 877 204	3 098 527
	52 086 706 $	64 064 193 $

NOTE 7 - DETTE À LONG TERME (suite)

	2012	2011
Sous-total	**52 086 706 $**	**64 064 193 $**
Emprunt de 659 070,59 $ auprès de Financement-Québec, portant intérêts au taux de 2,82%, remboursable par annuité de 26 362,82 $ et un versement final de 527 256,49 $, intérêts en sus, garanti par une hypothèque mobilière sans dépossession portant sur la subvention qui sera accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, au nom du gouvernement du Québec, échéant en juin 2016.	632 708	659 071
Emprunt de 1 575 125,06 $ auprès de Financement-Québec, portant intérêts au taux de 2,428%, remboursable par annuité de 71 323,19 $ et un versement final de 1 147 185,92 $, intérêts en sus, garanti par une hypothèque mobilière sans dépossession portant sur la subvention qui sera accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, au nom du gouvernement du Québec, échéant en décembre 2018.	1 575 125	-
Emprunt de 4 862 524,55 $ auprès de Financement-Québec, portant intérêts au taux de 2,428%, remboursable par annuité de 712 967,45 $ et un versement final de 584 719,85 $, intérêts en sus, garanti par une hypothèque mobilière sans dépossession portant sur la subvention qui sera accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, au nom du gouvernement du Québec, échéant en décembre 2018.	4 862 524	-
Total	**59 157 063 $**	**64 723 264 $**

La dette à long terme du fonds d'immobilisations est destinée à financer les enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements et est payable à Financement Québec.

Les remboursements en capital de la dette à long terme à effectuer au cours des cinq prochains exercices sont les suivants :

2012-2013	6 930 360
2013-2014	6 213 171
2014-2015	5 453 548
2015-2016	4 187 447
2016-2017	3 035 779
	25 820 305 $

NOTE 8 - RÉGIMES DE RETRAITE

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'Agence ne dispose pas l'information suffisante pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Au 1er janvier 2012, le taux de cotisation pour le RREGOP est de 8,94 % de la masse salariale cotisable et celui du RRPE de 12,30 %.

NOTE 9 - ENGAGEMENTS

L'Agence s'est engagée en vertu de baux à long terme échéant à diverses dates jusqu'au 31 octobre 2020 pour des locaux administratifs et des biens loués.

La charge de location de l'exercice terminé le 31 mars 2012 concernant ces locaux administratifs et ces biens loués s'élève à 867 917$. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2013	833 741 $
2014	498 697
2015	70 324
2016	64 132
2017 et subséquents	159 462
	1 626 356 $

Dans le fonds affecté des médecins en régions éloignées, l'Agence s'est engagée par contrat à verser des primes d'installation et de maintien à des médecins pour les inciter à venir exercer leur pratique dans la région du Haut St-Maurice. Compte tenu que certains médecins peuvent recevoir des primes de maintien tout au long de leur pratique et que la durée de cette dernière ne peut être estimée, le montant de cet engagement est estimé en fonction des informations disponibles à la date de ces états financiers. Les versements estimés prévus au cours des trois prochains exercices sont les suivants :

2012-2013	100 000 $
2013-2014	60 000
2014-2015	10 000
	170 000 $

NOTE 10 - OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

NOTE 11 - ÉVENTUALITÉS

L'Agence fait présentement l'objet d'une réclamation judiciaire pour un montant qui totalise 3 280 183 $. L'Agence croit au bien-fondé de sa défense et continue à faire valoir ses droits devant les tribunaux. De l'avis de la direction, il est présentement impossible d'évaluer le dénouement du litige et le montant, le cas échéant, qu'elle pourrait être appelée à verser. Conséquemment, aucune provision ne figure aux états financiers. Toutefois, l'Agence, par l'entremise des crédits régionaux, devrait assumer cette somme.

NOTE 12 - DONNÉES COMPARATIVES

Partout où cela était nécessaire, les données comparatives pour l'exercice précédent ont été reclassées en fonction de la présentation adoptée pour le présent exercice.

NOTE 13 - VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

La variation des actifs financiers nets (dette nette) représente la différence entre les actifs financiers et les passifs financiers.

Les actifs financiers correspondent à tous les actifs à court terme et à long terme autres que les immobilisations et les frais payés d'avance ; ils représentent au 31 mars 2012 une somme de 105 816 816 $ (106 819 047 $ au 31 mars 2011) ;

Les actifs non financiers sont constitués des immobilisations et des frais payés d'avance ; ils s'élèvent à 4 043 095 $ au 31 mars 2012 (2 185 663 $ au 31 mars 2011) ;

Les passifs financiers correspondent à la somme des passifs à court terme et à long terme ; ils totalisent au 31 mars 2012 une somme de 104 995 270 $ (104 053 303 $ au 31 mars 2011) ;

	2012	2011
Variation des actifs financiers	(1 002 221) $	(7 146 499) $
Variation des actifs non financiers	1 857 432	(231 986)
Variation des passifs financiers	941 967	(7 254 046)
Variation des actifs financiers nets (dette nette)	(1 944 188)	107 547

NOTE 14- FIDUCIE KINO-QUÉBEC

L'Agence est nommée gestionnaire de la Fiducie Kino-Québec depuis le 1er juillet 2002. Le rôle de l'Agence en tant qu'établissement fiduciaire est d'assurer une saine gestion de l'enveloppe annuelle qui lui est confiée pour la réalisation des priorités nationales retenues par le comité national.

Les opérations pour l'exercice terminé le 31 mars 2012, qui ne sont pas présentées dans le rapport financier, sont les suivantes :

	2012	2011
SOLDE À ATTRIBUER AU DÉBUT DE L'EXERCICE	249 642 $	485 488 $
Ajustement exercice antérieur		
	249 642 $	**485 488 $**
PROVENANCE		
M.S.S.S.	125 000 $	125 000 $
Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport	857 621	190 000
Revenus d'intérêts	889	2 281
Autres revenus	17 760	24 687
	1 001 270 $	**341 968 $**
ATTRIBUTIONS		
Milieu scolaire - Concours école active	166 966	168 253 $
Milieu scolaire - Outils	50 556	47 404
Milieu municipal - Municipalité active	-	4 947
Milieu municipal - déplacement actif	-	2 991
Milieu municipal - Ainés	3 345	-
Milieu municipal - Viactive	13 920	
Réseau fonct. -Formation et congrès	5 326	14 185
Réseau fonct. - Monitorage/évaluation		2 700
Réseau fonct. - Représentation publicité	55	
Réseau fonct. Impressions publications	16 714	9 551
Réseau fonct. - Projet MSSS activités physiques	76 056	12 174
Réseau fonct. - Initiatives régionales	7 000	61 800
Réseau fonct. - Initiatives diverses		4 000
Réseau fonct. - Table MVPA	1 632	
Communications - Plaisirs d'hiver	75 175	72 005
Communications - JNSAP	125 469	172 804
Coordination - services achetés	5 000	5 000
	547 215 $	**577 814 $**
SOLDE À ATTRIBUER À LA FIN DE L'EXERCICE	**703 697 $**	**249 642 $**
Encaisse disponible :		
Solde à attribuer à la fin de l'exercice	703 697 $	249 642 $
Comptes à recevoir	(509 462)	(160 828)
Comptes à payer	36 700	66 041
Encaisse disponible	230 935 $	154 855 $

LE BILAN DE SUIVI DE GESTION
DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ À LA FIN DE LA TREIZIÈME PÉRIODE FINANCIÈRE 2011-2012

Section 4

AXE	MESURES D'OPTIMISATION
Objectifs de résultats 2010-2015	Limiter la croissance annuelle des dépenses de services du système québécois de santé et de services sociaux à 5 %[1]

Sujets	Actions régionales	État d'avancement au 31 mars 2012
La téléphonie IP	–Élaborer le plan d'affaires –Coordonner la migration –Assurer la mise en œuvre –Identifier les bénéfices régionaux	En voie de réalisation
La téléphonie cellulaire	–Assurer la mise en œuvre de la politique-cadre –Établir les besoins de la région –Revoir l'allocation des ressources –Identifier les bénéfices	Attente révisée et reportée dans l'entente de gestion et d'imputabilité 2012-2013
La visioconférence	–Coordonner la migration régionale –Assurer la mise en œuvre –Revoir l'allocation des ressources –Identifier les bénéfices	Attente révisée et reportée dans l'entente de gestion et d'imputabilité 2012-2013
Le courrier électronique	–Élaborer le plan de migration –Gérer le projet –Assurer la fermeture des infrastructures actuelles –Revoir l'allocation des ressources –Identifier les bénéfices	Attente révisée et reportée dans l'entente de gestion et d'imputabilité 2012-2013
La gestion du parc des postes de travail	–Élaborer le plan triennal –Gérer le projet –Revoir l'allocation des ressources –Identifier les bénéfices	Réalisé

[1] *Plusieurs sujets d'optimisation sont aussi des attentes régionales signifiées par le PDG de l'Agence.*

Sujets	Actions régionales	État d'avancement au 31 mars 2012
Le regroupement des centres de traitement de données	-Élaborer le plan régional de regroupement -Gérer le projet -Revoir l'allocation des ressources -Identifier les bénéfices	Réalisé
Les services Info-Santé 811	-Collaborer à la transformation selon les orientations ministérielles -Présenter le plan de gestion des RH selon les orientations retenues par le MSSS	En attente des orientations ministérielles
L'énergie	-S'inscrire dans les démarches d'atteinte des cibles identifiées par le gouvernement du Québec -Accompagner les établissements dans l'identification des mesures d'économies d'énergie et dans les réalisations des projets	Travaux complétés ou en cours de réalisation dans tous les établissements.
L'approvisionnement en commun	-Analyser le pourcentage d'approvisionnement en commun dans la région	Analyse réalisée en fonction des données disponibles
La clientèle soutien à domicile (PALV/DP/DI/TED)	-Élaborer un plan d'action régional permettant d'augmenter la productivité	Réalisé Dépôt le 30 septembre 2011 *Voir la fiche Services de soutien à domicile pour une analyse globale*
La rationalisation et la mise en commun de processus administratifs	-Collaborer à l'élaboration et à la mise en place du plan d'action du Ministère -Préparer des plans d'action régionaux en regard de la rationalisation et la mise en commun des processus administratifs	-Les plans d'action pour l'optimisation locale du cycle de paie sont déposés et complétés. -La cartographie pour l'harmonisation régionale du cycle de paie est en cours dans chaque établissement.

Note : Les sujets concernant la gestion de la main-d'œuvre (indépendante, temps supplémentaire, présence au travail) sont présentés dans la fiche spécifique à ce domaine.

Commentaires

La téléphonie IP
L'accompagnement des régions par le MSSS s'est terminé en décembre 2012. Les travaux se sont alors poursuivis avec la consultante attitrée au projet. Le dépôt du plan régional d'optimisation de la téléphonie est prévu pour juin 2012.

La téléphonie cellulaire, la visioconférence et le courrier électronique
Ces attentes ont été révisées avec le MSSS et reportées dans l'entente de gestion et d'imputabilité de l'année 2012-2013. Sur réception des gabarits qui seront transmis par le MSSS, l'Agence fournira les informations suivantes :

Pour la téléphonie cellulaire
-transfert au nouveau contrat de la Corporation de services regroupés de l'Estrie (CSRE)
-état de situation et identification des bénéfices
-inventaire au 30 juin 2012 des services cellulaires utilisés dans la région

Pour la visioconférence
-inventaire des stations de visioconférence pour le 30 juin 2012, incluant les services de visioconférence avec caméra Web
-favoriser l'utilisation des visioconférences
-explorer la mise en œuvre d'un service visioconférence avec caméra Web, minimalement régional ou suprarégional

Commentaires (suite)
Le courrier électronique Le MSSS est présentement en appel d'offres auprès de fournisseurs. Il n'y a donc pas eu de migration jusqu'à maintenant. Par ailleurs, les bases de courrier électronique sont toutes consolidées régionalement sur 4 serveurs (à l'exception d'un établissement régional). Les quelques applications Notes encore utilisées sont isolées sur d'autres serveurs. Dès que les démarches de déploiement requises seront connues, l'Agence intégrera le projet au portefeuille régional afin de procéder à sa réalisation. **La gestion du parc des postes de travail et le regroupement des centres de traitement de données** Les plans régionaux d'optimisation du parc des postes de travail et du regroupement des centres de traitement ont été déposés. La prochaine étape est l'élaboration des dossiers d'affaires. **L'approvisionnement en commun** Les données complètes et validées les plus récentes établissent à 67 % la proportion des achats des établissements de la région réalisés en 2009-2010 à l'intérieur de contrats d'approvisionnement en commun (128,9 M$) sur un volume total d'achat de 192,6 M$. Par ailleurs, les établissements et l'Agence ont signifié leur accord d'adhésion au Groupe d'approvisionnement en commun de l'Est-du-Québec, créé le 1er avril 2012, suite à la fusion volontaire de certaines corporations d'achat en commun. **La rationalisation et la mise en commun de processus administratifs** La région a choisi de mettre l'emphase sur l'optimisation des processus administratifs reliés au cycle de paie dans tous les établissements et à l'Agence. C'est un préalable obligatoire à toute mise en commun réussie des services de traitement de la paie.
Noms : Boris Gueissaz-Teufel (technologies de l'information) Mario Gélinas (processus administratifs) Jean-Denis Allaire (approvisionnement en commun) — Date : 25 mai 2012

AXE	ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES
Objectifs de résultats 2010-2015	Priorités ministérielles pour favoriser l'accès aux services médicaux, aux services diagnostiques et aux services spécialisés dans des délais acceptables[1]

Sujet	Actions régionales	État d'avancement au 31 mars 2012
L'inscription aux guichets d'accès aux médecins de famille	Mettre en place des guichets d'accès, diffusion des coordonnées et inscription de toutes les clientèles	Réalisé
Le déploiement des GMF	Leadership exercé par les CSSS	Réalisé
La durée moyenne de séjour à l'urgence	Agence fixe la cible et convient d'une stratégie d'action	En voie de réalisation *Voir la fiche Urgences pour une analyse globale*
L'accès aux services spécialisés de chirurgie	Stratégie et/ou plan d'action pour atteindre les objectifs	Réalisé pour le pourcentage de personnes traitées dans les délais En voie de réalisation pour le nombre de personnes en attente entre 6 et 12 mois *Voir la fiche Médecine et chirurgie pour une analyse globale*

[1] *Ces priorités contribuent à plusieurs objectifs du plan stratégique ministériel et celui régional 2010-2015.*

Sujet	Actions régionales	État d'avancement au 31 mars 2012
L'accès aux services d'endoscopie	-Révision des processus et implantation de zone(s) franche(s). -Mise en place de centrale(s) de RD -2e offre au patient	En voie de réalisation
L'accès aux services d'imagerie médicale	-Révision des processus et implantation de zone(s) franche(s) -Mise en place de centrale(s) de RD	-Proportion des demandes de services en attente pour la clientèle élective en imagerie médicale dont le délai est inférieur à 3 mois -Résultat au 31 mars 2012 : 67,6 %
L'accès au continuum de services AVC-AIT	Participer à la désignation des centres tertiaires et à la mise en place des corridors de services	En voie de réalisation
L'accès au continuum de services de cardiologie	Participer à la définition et la mise en place des corridors de services	En voie de réalisation *Les données sur les délais seront disponibles à l'été 2012.*
L'accès au continuum de services pour la douleur chronique	Soutien à l'organisation de services et participer à la définition et la mise en place des corridors de services	En voie de réalisation
La configuration des services médicaux	Collaboration et dépôt du PREM en spécialités 2012-2015	Réalisé
Les laboratoires	Collaboration à l'opération provinciale	Enquête hiver 2012
La traumatologie	-Soutien à l'évolution du processus d'optimisation -Participer à l'implantation des orientations qui en découlent	Réalisé
L'accès aux services de santé mentale à la population	Collaborer aux travaux provinciaux	En voie de réalisation *Voir la fiche Santé mentale pour une analyse globale*
L'accès aux services de psychiatrie légale	Appui à la mise en place du réseau hiérarchisé	En attente des orientations ministérielles

Commentaires

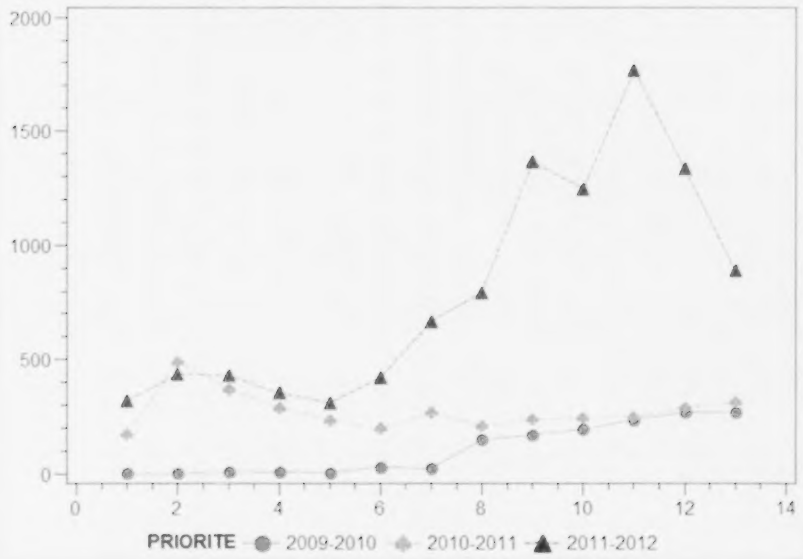
L'inscription au guichet d'accès aux médecins de famille
Plan régional d'effectifs médicaux (PREM) en omnipratique 2011 : 26 candidats ont été recrutés sur une possibilité de 24 (2 dérogations).

Depuis la mise en application de la lettre d'entente no 245 relative à la rémunération des médecins, tous les médecins du territoire désirant se prévaloir des forfaits de prise en charge des guichets d'accès aux clientèles orphelines (GACO) se sont inscrits auprès de leur guichet, soit près de 87 % des médecins de la région pour une augmentation globale du taux de participation de 52 %.

Le 23 février 2012, le Comité régional des coordonnateurs médicaux des GACO a adopté une résolution permettant au coordonnateur médical d'imposer un ratio de 3 autoréférences de la part des médecins pour chaque client vulnérable en provenance du GACO. Au 31 mars 2012, 11 552 clients orphelins ont trouvé un médecin de famille grâce au GACO, comparativement à 3 576 pour 2010-2011.

Commentaires (suite)

Comparaison des patients référés par période pour la Mauricie



De plus, l'instauration de la pratique de 12 infirmières praticiennes spécialisées pour des soins de première ligne (IPS-SPL) a permis aux médecins de famille partenaires de contribuer davantage à la prise en charge de clients orphelins. Cette donnée n'est malheureusement pas quantifiable puisque ces clients sont inscrits au nom du médecin partenaire et non au nom de l'IPS-SPL.

Finalement, l'Agence a contribué au support des GACO par le financement de ressources humaines aux 8 CSSS de la région, soit en ressources infirmières et en agents administratifs.

Enfin, les coordonnées des guichets d'accès pour la clientèle orpheline des 8 CSSS sont diffusées sur le site Internet de l'Agence et sont disponibles au répertoire des ressources.

Le déploiement des GMF

Deux nouveaux groupes de médecine familiale (GMF) sont en démarche d'accréditation, ce qui portera à 23 le nombre de GMF en Mauricie et au Centre-du-Québec.

L'approvisionnement en commun

De façon générale, deux principaux objectifs étaient visés dans le cadre de l'entente de gestion MSSS-Agence 2011-2012 :

- 90 % des demandes inscrites au mécanisme central sont traitées dans les délais pour une chirurgie. Au 31 mars 2012, les cinq indicateurs visés (1.09.20.1 à 1.09.20.5) sont atteints *(voir la fiche Médecine et chirurgie pour une analyse globale)*;
- réduire de 50 % le nombre de personnes en attente d'une chirurgie entre 6 et 12 mois.

Au 31 mars 2011, 493 personnes étaient en attente entre 6 et 12 mois comparativement à 553 au 31 mars 2012. Comme présentée au tableau suivant, l'augmentation provient principalement des patients en attente de 6 à 9 mois. Toutefois, malgré la non-atteinte de cet engagement, on constate une amélioration pour les demandes de plus de 9 mois. En effet, le nombre de patients en attente de 9 mois et plus est passé de 398 au 31 mars 2011 à 244 au 31 mars 2012, soit une diminution de 39 %.

Commentaires (suite)

Nombre de patients en attente	31 mars 2012		31 mars 2011	
0-6 mois	4 948	89 %	4 362	86 %
6-9 mois	398	7 %	284	6 %
9-12 mois	155	3 %	207	4 %
12 mois et plus	89	2 %	191	4 %
Total	**5 590**	**100 %**	**5 044**	**100 %**

Source : Rapport 2 – SIMASS entrepôt de données en date du 25 avril 2012

Une analyse plus spécifique de ces délais indique que trois établissements sur les cinq qui effectuent des chirurgies ont moins de 2 % de patients en attente de plus de 6 mois. Au 31 mars 2012, les patients en attente entre 6 et 12 mois proviennent donc des deux autres établissements, soit :

- CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable : 281 patients en attente. De ceux-ci, 99 % sont des chirurgies mineures. Un plan d'action pour les diminuer est en cours de réalisation avec l'ajout de plusieurs disponibilités au bloc opératoire.
- CSSS de l'Énergie : 224 patients en attente. Le départ d'un ophtalmologiste en cours d'année explique en partie la non-atteinte de cet engagement. L'arrivée de deux ophtalmologistes au cours des deux prochaines années devrait permettre de diminuer le nombre de personnes en attente dans cette spécialité.

L'accès aux services d'endoscopie

Malgré qu'aucune action structurante du MSSS ou de l'Agence n'ait été réalisée en cours d'année, il est possible de constater que le nombre d'examens d'endoscopie réalisés a augmenté de 1,5 %, passant de 34 997 au 31 mars 2010 à 35 526 au 31 mars 2011. L'objectif visé pour 2011-2012 était de 36 747 examens, ce qui devrait être atteint à plus de 98 % (nombre d'examens estimé à 36 047). La donnée finale sera disponible en juillet 2012 dans les rapports statistiques annuels des établissements (AS-478).

L'accès aux services d'imagerie médicale

Au 31 mars 2011, la proportion des demandes de services pour la clientèle élective dont le délai est inférieur à 3 mois était de 59 %, tandis qu'au 31 mars 2012, elle était de 67 %. La gestion active des listes d'attente, associée à l'ouverture de nouvelles plages horaires, a permis d'améliorer la situation.

L'accès au continuum de services pour les usagers atteints d'un accident vasculaire cérébral (AVC) et d'un accident ischémique transitoire (AIT)

Les travaux reliés à la mise en place d'un continuum de services AVC-AIT sont débutés. Un comité régional neurovasculaire a été mis sur pied le 13 décembre 2011. Un comité local a également été mis en place dans chacun des CSSS de la région (à l'exception du CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan) et au Centre de readaptation en déficience physique InterVal. Chaque comité local effectuera un état de situation sur les services actuellement en place. L'Agence travaille étroitement avec le MSSS et les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) pour faciliter et soutenir la mise en œuvre du continuum de services dans la région. Dans la prochaine année, l'Agence analysera, conjointement avec le comité régional, les établissements susceptibles d'être recommandés pour les désignations de centres secondaires et primaires.

L'accès au continuum de services de cardiologie

Les objectifs concernant les délais ont été fixés dans le plan d'action régional de l'IAMEST paru en 2011. Les données de l'an 1 de l'IM-Québec (1er juin 2010 au 31 mai 2011) sont disponibles et témoignent des résultats suivants pour la région : 54 % des usagers ont un délai inférieur à 30 minutes pour le délai *door-to-needle* et 2 % des usagers ont un délai inférieur à 90 minutes pour le délai *door-to-balloon*. Puisqu'il s'agissait d'une première année, des travaux ont d'abord été effectués pour améliorer la qualité des données saisies. Le pourcentage des usagers traités dans les délais fixés de la deuxième année sera disponible au cours de l'été 2012. Le comité régional a harmonisé les protocoles cliniques sur le territoire de la Mauricie et du Centre-du-Québec et rédigé des procédures écrites relatives à l'organisation du travail pour chacune des étapes de la prise en charge des usagers IAMEST. Des discussions sont à poursuivre pour définir les trajectoires et les corridors de services pour le découpage géographique en lien avec les transports ambulanciers.

Commentaires (suite)

Malgré tous les efforts soutenus entrepris pour compresser les délais d'intervention des usagers atteints d'un infarctus aigu (thrombolyse et angioplastie primaire), une grande partie de la population de notre région n'a pas accès au centre d'hémodynamie ayant pour effet que la grande majorité de la clientèle ne peut recevoir un accès à un traitement de revascularisation par angioplastie primaire dans un délai optimal. En effet, en raison de la distance, la clientèle se retrouve à l'extérieur d'un délai raisonnable de 90 minutes et du délai extrême de 120 minutes pour procéder à une intervention coronarienne percutanée (angioplastie coronarienne), selon les lignes directrices du RQCT. D'ailleurs, les analyses et les conclusions du comité régional démontrent que près de 73 % (395 000 personnes) de la population du territoire de la Mauricie et du Centre-du-Québec se retrouve à plus de 60 minutes d'un temps de transport d'un centre hémodynamie en situation urgente provoquée par un infarctus aigu du myocarde, ce qui équivaut au dépassement du délai raisonnable de 90 minutes mentionné précédemment, considérant le temps de préparation à l'intervention avant et après le transport.

L'Agence a déposé au MSSS, à l'automne 2011, un projet d'implantation d'un centre d'hémodynamie au CSSS de Trois-Rivières. Cette demande se justifie par la présence dans notre région d'un volume de population à desservir suffisant, par la performance du réseau régional, par l'objectif de se conformer aux délais recommandés et d'offrir le traitement préférentiel qu'est l'angioplastie primaire.

L'accès au continuum de services pour la douleur chronique

Une clinique de douleur chronique a débuté au CSSS de Trois-Rivières en 2011-2012. L'embauche d'une infirmière a permis de réduire, d'une part, le nombre d'usagers en attente passant de 900 à 250 personnes et, d'autre part, le délai d'attente à 3 mois pour ces services. Un projet a été rédigé pour compléter cette équipe interdisciplinaire. Des crédits (2010-2011 et 2011-2012) ont été alloués par l'Agence pour l'ajout d'un équivalent à temps complet (ETC) infirmière et de 0,2 jour psychologue en douleur chronique.

Un comité régional débutera des travaux pour la mise en place d'un continuum de services à la fin mai 2012 en lien avec la désignation éventuelle du CSSS de Trois-Rivières en tant que centre d'expertise régional.

Les laboratoires

Comme chaque année, le MSSS lance une vaste enquête sur l'accessibilité aux services de prélèvements dans tous les territoires du Québec. L'Agence dirige l'enquête dans la région en distribuant les questionnaires et en analysant les résultats du sondage qui mesurent :

- l'offre de services de prélèvements;
- la proportion des heures effectuées aux prélèvements par les différents types de professionnels;
- le temps d'attente des rendez-vous fixés;
- le temps réponse moyen et la rencontre de la norme du temps réponse.

En Mauricie et au Centre-du-Québec, tous les établissements respectent la norme des temps d'attente des rendez-vous fixés et du temps réponse. Nous notons d'ailleurs une amélioration à ce chapitre.

Le MSSS a donné une perspective en regard des laboratoires de biologie médicale en lançant quatre chantiers majeurs portant sur l'accessibilité, l'organisation de services, la pertinence et la loi. Les résultats de cette démarche, appelée *Optilab*, viendront teinter les travaux en cours dans notre région.

La traumatologie

En 2011-2012, l'Agence a procédé à la signature de l'entente relative au transfert interétablissements des victimes de brûlures graves entre le centre d'expertise et la région d'origine, soit les quatre centres de la Mauricie et du Centre-du-Québec ayant une désignation en traumatologie.

La signature de cette entente permet à la clientèle d'être assurée de la continuité des services au moment du transfert du centre d'expertise vers sa région d'origine. À l'égard des partenaires, celle-ci permet d'assurer une utilisation efficace et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières du réseau de la traumatologie. Elle permet également d'éviter toute interruption dans la continuité des services.

Noms : Patrick Hubert (GACO et GMF) Parmélie Demers (chirurgie, examens diagnostiques) Chantal Lehoux (AVC et cardiologie) Jean-François Lupien (traumatologie) Josée Massicotte (douleur chronique) Guylaine Roch (laboratoires)	Date : 15 mai 2012

AXE D'INTERVENTION	PRÉVENTION DANS LES CONTINUUMS DE SERVICES
Objectifs de résultats	1.1.1. Assurer la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de protection prévues dans le Programme national de santé publique (PNSP)
	1.1.2. Soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de première ligne, en donnant la priorité aux problèmes suivants : –infections transmissibles sexuellement et par le sang –habitudes de vie et maladies chroniques –chutes chez les personnes âgées –suicide

Indicateurs	Résultats[1] 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats[1] 2011-2012
1.01.20 Pourcentage moyen d'implantation des activités du Programme national de santé publique (PNSP)	82 %	76 %	78,4 %
Actions favorisant l'atteinte de la cible provinciale sur le soutien à l'intégration des pratiques cliniques préventives			
CSSS ayant déposé leur plan d'organisation des services ITSS		100 % des CSSS	100 %
Programme Debout! –révision du cadre de référence Debout! –plan d'action régional convenu		Documents disponibles	En cours Réalisé
Démarrage du programme Intervention multifactorielle personnalisée (I.M.P.)		50 % des CSSS	100 % des CSSS
Implantation des mesures de dépistage et de suivi de la dépression auprès de clientèles spécifiques conformément aux orientations du MSSS		100 % des CSSS	Attente des orientations ministérielles

Commentaires

Organisation des services ITSS
L'Agence a fait une visite des CSSS dans le but de mobiliser le réseau et de soutenir les pratiques reconnues efficaces pour le dépistage et les interventions préventives des ITSS.

Un gabarit a été conçu pour présenter un plan d'organisation de leurs services de dépistage des ITSS. Tous les CSSS ont déposé leur plan d'organisation le 31 mars 2012.

Programme Debout! et programme PIED (Programme intégré d'équilibre dynamique)
Prévention des chutes et promotion de la santé chez les personnes de 50 ans et plus (Debout!)
–Le cadre de référence est en processus de révision : document de consultation rédigé et processus de consultation en cours.
–Aucun plan d'action n'a encore été convenu avec les CSSS.
–Les activités régulières prévues au programme se poursuivent.

Intervention multifactorielle « non personnalisée » chez les personnes de 65 ans et plus vivant à domicile (PIED)
–L'accès au programme PIED est rehaussé dans 100 % des CSSS.
–De nouveaux animateurs pour ce programme ont été formés en janvier 2012.

[1] *Résultats en date du 5 mai 2012*

Commentaires (suite)
Programme I.M.P. (Intervention multifactorielle personnalisée) Intervention multifactorielle « personnalisée » chez les personnes de 65 ans et plus inscrites au soutien à domicile des CSSS –100 % des CSSS sont en implantation du programme I.M.P. –Une formation sur I.M.P. a été donnée aux intervenants dédiés au programme en mars 2012. **Implantation des mesures de dépistage et de suivi de la dépression auprès de clientèles spécifiques conformément aux orientations du MSSS** En date du 7 mai 2012, nous sommes toujours en attente des orientations ministérielles. Une recension d'écrits est en cours par le MSSS et serait disponible à l'automne 2012 afin de soutenir cette implantation.
Noms : Nathalie Cauchon Guylaine Belzile (ITSS) — Date : 15 mai 2012

AXE D'INTERVENTION	SERVICES MÉDICAUX ET INFIRMIERS
Objectifs de résultats	2.1.2. Favoriser la pratique de groupe, polyvalente et interdisciplinaire de la médecine de famille par la mise en place de groupes de médecine de famille (GMF) [ou modèles équivalents]
	2.1.3. Accroître la disponibilité d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne

Indicateurs	Résultats 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats[1] 2011-2012
1.09.25 Nombre total de groupes de médecine de famille (GMF) implantés	Non suivi en 2010-2011	1 nouveau GMF et une clinique réseau en démarche d'implantation	2 nouveaux GMF sont en démarche d'implantation
3.07 Nombre d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne	Non suivi en 2010-2011	Selon la cible ministérielle pour la région : 12	11

Commentaires
Groupes de médecine de famille (GMF) Deux nouveaux projets GMF sont en démarche d'implantation, mais aucune nouvelle clinique réseau n'a fait l'objet d'une démarche d'implantation en 2011-2012. **Infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPS-SPL)** Au cours de l'année 2011-2012, 9 IPS-SPL ont pu s'ajouter aux deux déjà en place en 2010-2011 pour un total de 11 pour la région (sur 12, une IPS-SPL a retardé sa formation). Le Département régional de médecine générale a adopté une séquence de déploiement suite aux recommandations des comités locaux d'implantation de la pratique IPS-SPL afin de répondre aux besoins les plus criants. Les 9 IPS-SPL ont été réparties comme suit : –1 au CSSS Drummond –2 au CSSS de Maskinongé –2 au CSSS de Trois-Rivières –2 au CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska –2 au CSSS de l'Énergie

[1] *Résultats en date du 31 mars 2012*

Commentaires (suite)	
L'Agence a su assurer son rôle de leadership mobilisateur en supportant les comités locaux d'implantation de la pratique IPS-SPL et les directrices de soins infirmiers des CSSS, tant dans le recrutement de médecins partenaires, dans l'identification et la préparation des milieux de stage et de pratique, dans la priorisation régionale auprès du DRMG que dans le support pour l'élaboration des ententes de partenariat. De plus, l'Agence a régulièrement interpellé le Ministère, le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec ainsi que la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec afin de régler certaines questions relatives à l'encadrement clinique et légal de la pratique clinique des IPS-SPL. Enfin, l'Agence participe activement à la liaison entre les milieux de stage et l'UQTR.	
Noms : Patrick Hubert et Luc Grégoire	Date : 8 mai 2012

AXE D'INTERVENTION	SERVICES PSYCHOSOCIAUX
Objectifs de résultats	2.1.4. Offrir un accès téléphonique rapide à une consultation en matière de services psychosociaux (information, intervention, référence-orientation, avis professionnels et conseils) par des professionnels en intervention psychosociale des CSSS, 24 heures par jour, 7 jours par semaine

Indicateurs	Résultats 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats[1] 2011-2012
1.02.05 Mise en place d'un service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux	Service régional en place 24 heures et 7 jours		
1.02.04 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins	Non suivi en 2010-2011	75 %	92,9 %

Commentaires	
Depuis décembre 2010, le volet social du Service régional Info-Santé/Info-Social assure une réponse téléphonique 24/7. Lors de la création du volet Info-Social au début des années 2000, il a été décidé régionalement de mettre en place une bascule téléphonique pour le volet social vers le service Info-Santé. Ce modèle est toujours existant aujourd'hui, ce qui nous permet d'assurer une réponse en moins de 4 minutes. En somme, lorsque tous les intervenants psychosociaux sont en ligne, une infirmière peut aussi prendre les appels entrants au volet Info-Social.	
Nom : Véronique Arès	Date : 4 mai 2012

[1] *Résultats projetés en date du 6 mai 2012 provenant de T-Big-Web*

AXE D'INTERVENTION	PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES CHRONIQUES OU DE CANCER
Objectifs de résultats	2.2.1. Favoriser l'autogestion et la readaptation des personnes atteintes de maladies chroniques dans un continuum de soins
	2.2.2. Améliorer la coordination des soins et des services en oncologie pour les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer et pour leurs proches

Actions régionales	Résultats[1] 2011-2012
Implantation d'une clinique d'enseignement et de suivi au CSSS de Trois-Rivières	Réalisé

Commentaires

Programme de Prévention et gestion intégrée des maladies chroniques
Ce programme est une priorité régionale depuis quelques années et a été réaffirmé comme tel dans le plan stratégique régional et le plan d'action pour sa mise en œuvre. Bien que dans cette entente de gestion, l'Agence n'ait mis d'autres engagements que celui d'une clinique de suivi et d'enseignement en première ligne, les efforts consentis à cette priorité en cours d'année ont permis d'atteindre ou encore de se rapprocher du niveau attendu au 31 mars 2012 dans le cadre du plan d'action régional.

Ainsi, 100 % des actions associées spécifiquement au continuum de services maladies chroniques ont été réalisées. Les autres actions à portée plus large tels les séjours à l'urgence ou les IPS-SPL, ou encore l'accès aux services médicaux (GACO) ou l'appréciation de la performance ont enregistré des gains importants et sont en voie de réalisation. De plus, pour certains résultats attendus en mars 2013, la réalisation est déjà bien avancée, particulièrement sur l'information clinique partagée en MPOC et l'offre du programme d'éducation Ma santé à vie.

Clinique au CSSS de Trois-Rivières
Une clinique d'enseignement et de suivi des maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) en première ligne est opérationnelle au CSSS de Trois-Rivières. En 2011-2012, 363 usagers ont reçu des services dans cette clinique. La trajectoire de services a été diffusée par l'équipe de projet du CSSS auprès de tous les médecins omnipraticiens du Trois-Rivières métropolitain.

Tous les intervenants de la clinique ont eu accès gratuitement à la formation sur les MPOC et sur l'interdisciplinarité du Réseau québécois de l'asthme et de la MPOC (RQAM). Les pharmaciens communautaires du Trois-Rivières métropolitain ont aussi reçu une formation sur l'activation du plan d'action personnalisé de leurs clients atteints de MPOC.

Actuellement, tous les CSSS ont une clinique d'enseignement et de suivi des personnes atteintes de MPOC en Mauricie et au Centre-du-Québec.

Une analyse de la clientèle de trois cliniques d'enseignement de la région montre que le nombre de visites à l'urgence et les hospitalisations des personnes avec un diagnostic de MPOC ont diminué (environ 10 %) depuis leur prise en charge en interdisciplinarité.

Nom : Josée Massicotte	Date : 8 mai 2012

[1] *Résultats en date du 31 mars 2012*

AXE D'INTERVENTION	JEUNES EN DIFFICULTÉ, PERSONNES ATTEINTES DE PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET PERSONNES AUX PRISES AVEC UNE DÉPENDANCE
Objectifs de résultats ***Note :*** *Les objectifs 2.2.5 et 2.2.6 sont présentés dans la fiche Santé mentale.*	2.2.3. Intervenir de façon concertée afin de réduire les difficultés vécues par les jeunes et les familles, dont les problèmes de négligence et les troubles de comportement, selon les orientations relatives aux jeunes en difficulté
	2.2.4. Favoriser la continuité des soins et la stabilité des liens pour les enfants placés en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse
	2.2.7. Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendance à des services de première ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique

Indicateurs	Cibles 2011-2012	Résultats[1] 2011-2012
1.06.10 Pourcentage de territoires locaux où un programme d'intervention en négligence reconnu efficace est offert	Aucune cible fixée	100 %
Actions favorisant l'atteinte de la cible provinciale sur le soutien à l'intégration des pratiques cliniques préventives		
Tous les territoires locaux ont mis en œuvre des protocoles d'arrimage sur le retrait et le placement, sur l'intervention et la gestion de crise en troubles de comportement chez les 5-18 ans et sur la négligence	100 %	En voie de réalisation
Tous les territoires MELS-MSSS ont un mécanisme conjoint qui assure la prise en charge des cas complexes et litigieux	100 %	En voie de réalisation

Commentaires	
Les huit territoires de CSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec ont mis en place le PAPFC, programme d'intervention en négligence reconnu comme étant efficace. Au 31 mars 2012, aucun des territoires de CSSS n'a mis en œuvre les protocoles d'arrimage avec le Centre Jeunesse; la réorganisation de ce dernier ayant ralenti le processus. Toutefois, des travaux ont débuté dans tous les territoires. Les mandats d'arrimage seront déployés par phase et l'ensemble des protocoles devraient être mis en œuvre au 31 mars 2013, comme prévu. Cinq des huit territoires de CSSS ont mis en place un mécanisme conjoint permettant la prise en charge et l'orientation des cas complexes et litigieux ou, encore, ont bonifié le mécanisme existant. Les documents explicatifs ont été acheminés aux acteurs concernés.	
Nom : Jocelyne Tremblay	Date : 17 mai 2012

[1] *Résultats en date du 4 mai 2012*

AXE D'INTERVENTION	RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS
Objectifs de résultats	2.3.1. Poursuivre la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA) dans chaque territoire local, en favorisant leur implantation telle que définie dans les lignes directrices du MSSS

Actions favorisant l'atteinte des objectifs provinciaux	Cibles 2011-2012	Résultats[1] 2011-2012
Diffusion du matériel de formation en gestion de cas (RSIPA) en lien avec la stratégie élaborée dans tous les CSSS	100 %	100 %

Commentaires

RSIPA (indicateur 1.03.06)
En 2010-2011, le degré moyen d'implantation RSIPA était de 58 % au niveau régional et de 52 % au niveau provincial. Bien qu'aucun engagement n'ait été pris sur ce sujet par l'Agence en 2011-2012, nos efforts se sont poursuivis avec un degré d'implantation moyen de 62,5 %.

La cible nationale a été relevée à 70 % d'implantation pour 2015 au lieu du 55 % initial, et ce, en considération du degré d'implantation minimal nécessaire pour obtenir des effets significatifs sur l'efficience du continuum de services aux personnes âgées. Le Plan de vieillissement régional 2011-2015 vise aussi la cible de 70 %. Au 31 mars 2012, on observe que 3 CSSS ont déjà atteint 70 % et plus, 1 CSSS se situe entre 65 et 69 %, 2 CSSS entre 55 % et 60 %, tandis que 2 derniers ont entre 50 et 54 % d'implantation.

Sur les 9 composantes du Réseau de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, celles qui présentent les plus hauts taux d'implantation sont : une personne responsable, un mécanisme d'accès unique, une équipe de gériatrie et un système d'évaluation des besoins (OEMC).

Formation en gestion de cas
La formation permet l'harmonisation de la fonction de gestion de cas et constitue en outre un levier important pour l'actualisation des autres composantes des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie (RSIPA). Ainsi, le matériel de formation a été diffusé et partagé avec les 8 CSSS dans le cadre de rencontres régionales et de sessions de travail entre mars 2011 et mars 2012. Ce matériel consiste en trois guides de formation et trois présentations PowerPoint : le module A « Intégration des services et responsabilité populationnelle », le module B « Définition et modèles de gestion de cas » et le module C « Fonctions et tâches cliniques de la gestion de cas ». Une version révisée du matériel suite à sa présentation et son expérimentation sera disponible en juin.

Les activités de formation auprès des intervenants qui actualisent des fonctions en gestion de cas sont en planification. Ces activités se déroulent dans le cadre des activités d'orientation, de supervision clinique et d'amélioration continue de la pratique.

Nom : Suzie Leblanc	Date : 28 mai 2012

[1] *Résultats en date du 31 mars 2012*

AXE D'INTERVENTION	ADAPTATION DES SERVICES
Objectifs de résultats	2.3.2. Favoriser l'adoption en centre hospitalier de pratiques organisationnelles et cliniques adaptées aux besoins particuliers des personnes âgées

Actions favorisant l'atteinte des objectifs provinciaux	Cibles 2011-2012	Résultats[1] 2011-2012
Chaque CSSS à mission hospitalière a déposé un plan d'action sur la stratégie de déploiement de l'approche adaptée à la personne âgée	100 %	100 %

Commentaires	
L'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée s'est poursuivie au cours de l'année. Ainsi, tous les établissements à mission hospitalière de la région ont rédigé un plan d'action quant aux stratégies de déploiement de cette nouvelle approche. Préalablement, ces mêmes établissements ont effectué un diagnostic organisationnel afin d'établir un point de départ en vue de l'implantation. De plus, un premier module de formation destiné à un public cible multidisciplinaire tels les médecins, infirmières et préposés aux bénéficiaires a été déployé. Celui-ci a permis aux différents acteurs d'être sensibilisés au phénomène du déclin fonctionnel iatrogène afin de le prévenir ou de l'atténuer.	
Nom : Jean-François Lupien	Date : 8 mai 2012

[1] *Résultats en date du 31 mars 2012*

AXE D'INTERVENTION	SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE
Objectifs de résultats	2.4.2. Assurer une offre globale de services de soutien à domicile de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, y compris les familles et les proches aidants

Indicateurs	Résultats[1]	Cibles 2011-2012	Résultats[2] 2011-2012
1.03.05 Nombre total d'heures de services de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC)	Point de départ 2009-2010 : 596 005 heures	Total de 642 705 heures	661 336 heures

Commentaires
Note : *La cible inscrite représente l'engagement total d'un ajout de 46 700 heures qui inclut 8 942 heures d'optimisation et 37 758 heures associées à l'octroi de crédits de développement.* Tel qu'attendu pour le 30 septembre 2011, le plan d'action régional d'optimisation en services à domicile (SAD) a été déposé au MSSS suite à une collecte d'information auprès des CSSS sur les actions retenues. Un suivi annuel sera fait en fonction du processus ministériel. Lors des rencontres régionales entre l'Agence et les CSSS, un partage d'expertise est favorisé dans une perspective d'amélioration continue. Les résultats de la Mauricie et du Centre du Québec découlent des plans régional et locaux d'optimisation en services à domicile (SAD) ainsi que des crédits de développement qui ont été octroyés pour les services aux personnes âgées. En plus d'atteindre le résultat, les CSSS ont dispensé 18 630 heures de plus dans le cadre de trois programmes-services : perte d'autonomie liée au vieillissement, déficience physique et déficience intellectuelle-troubles envahissants du développement. En fonction du point de référence 2009-2010, les heures dispensées par les CSSS en services professionnels ont augmenté de 23,5 % et celles en aide à domicile de 13 %. En contrepartie, les chèques emploi-service, qui concernent davantage les clientèles en déficience, ont enregistré une légère diminution (5,6 %) portant le total régional à près de 330 000 heures. Enfin, plus de 40 000 heures services PEFSAD (Programme d'exonération financier des services d'aide à domicile) ont été payées par les CSSS afin de s'assurer que les personnes ayant une perte d'autonomie (PALV) ou une déficience physique reçoivent de l'aide dans leur lieu de résidence (domicile ou résidence privée autonome).

[1] *Le résultat inscrit est celui considéré comme point de départ et de référence, soit l'année 2009-2010.*
[2] *Résultats en date du 6 mai 2012 provenant de T-Big-Web*

Commentaires (suite)	
Par ailleurs, de nombreuses heures services non comptabilisées ou interventions se font, d'une part, dans le cadre de la gestion de cas par des intervenants psychosociaux (au moins 25 000 heures) et, d'autre part, par des intervenants de services à domicile en centre hospitalier, soit à l'urgence et aux unités d'hospitalisation (8,8 équivalents à temps complet). Certains services concernent davantage les proches aidants et sont donnés, entre autres, sous forme d'allocations accordées pour du répit à domicile. En Mauricie et au Centre-du-Québec, ceci représente 226 312 heures pour 1 156 personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement.	
Nom : Suzie Leblanc	Date : 28 mai 2012

AXE D'INTERVENTION	DIVERSIFICATION DES MILIEUX DE VIE
Objectifs de résultats	2.4.3. Augmenter et diversifier l'offre de milieux de vie accessibles aux personnes ayant des incapacités significatives et persistantes (personnes âgées en perte d'autonomie, personnes atteintes de déficience, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et autres)

Indicateurs	Résultats 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats[1] 2011-2012
1.03.08 Nombre de places en ressources résidentielles de proximité	Non suivi en 2010-2011	Augmentation de 61 places	Augmentation de 44 places

Commentaires	
En 2011-2012, 44 places ont été créées en ressources non institutionnelles permettant d'accueillir des personnes adultes ou âgées présentant une déficience physique ou des atteintes cognitives qui ne pouvaient plus être maintenues à domicile. Les délais requis pour la construction et l'appel d'offres de ces ressources n'ont pas pu permettre d'en créer davantage. Par ailleurs, plusieurs projets sont planifiés et se réaliseront dans les prochains mois.	
Nom : Lucie Fournier	Date : 7 mai 2012

[1] *Résultats en date du 31 mars 2012*

AXE D'INTERVENTION	SERVICES SOCIAUX ET DE RÉADAPTATION
Objectifs de résultats	3.1.1. Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis : – pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours – pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en CR – pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an
	3.1.2. Assurer aux personnes ayant une dépendance un accès aux services d'évaluation spécialisée dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins

Indicateurs	Resultats[1] 2010-2011	Cibles 2011-2012	Resultats[2] 2011-2012
Pourcentage de demandes de services traitees selon les delais definis comme standards du plan d'acces aux services pour les personnes ayant une deficience physique			
En CSSS			
1.45.4.2 Priorite urgente	29,5 %	90 %	42,1 %
1.45.4.3 Priorite elevee	74,2 %	90 %	76,1 %
1.45.4.4 Priorite moderee	Nouveau	75 %	84,6 %
En CRDP			
1.45.4.6 Priorite urgente	Aucune	90 %	NA
1.45.4.7 Priorite elevee	95,4 %	90 %	95,3 %
1.45.4.8 Priorite moderee	Nouveau	75 %	98,6 %
Pourcentage de demandes de services traitees selon les delais definis comme standards du plan d'acces aux services pour les personnes ayant une deficience intellectuelle et TED			
En CSSS			
1.45.5.2 Priorite urgente	37,5 %	90 %	42,9 %
1.45.5.3 Priorite elevee	44,2 %	90 %	73,7 %
1.45.5.4 Priorite moderee	Nouveau	75 %	90,9 %
En CRDITED			
1.45.5.6 Priorite urgente	Aucune	90 %	NA
1.45.5.7 Priorite elevee	41,1 %	90 %	62,2 %
1.45.5.8 Priorite moderee	Nouveau	75 %	82,8 %
Assurer l'acces en 15 jours ouvrables ou moins aux services d'evaluation specialisee en centre de readaptation pour les personnes ayant une dependance			
Depot du programme regional d'evaluation specialisee		Depot	Realise

[1] Resultats en date du 13 mai 2011
[2] Resultats en date du 6 mai 2012 provenant de T-Big-Web

Commentaires

Deficience physique

Les taux de respect des delais en lien avec le programme-services deficience physique presentent des differences notables entre la premiere et la deuxieme ligne. En centre de readaptation, globalement, le taux de respect des delais d'acces se situe a 96,8 %. La faible proportion de delais d'acces non respectes au CRDP s'explique par des dossiers en attente d'etre fermes, des difficultes de saisie et de correction des donnees en lien avec le deploiement du systeme de gestion clientele SIPAD. En CSSS, les taux de respect des delais s'ameliorent progressivement. En regard de la qualite des donnees, on denote encore des erreurs de codification a l'Accueil-Evaluation-Orientation (AEO) et la difficulte d'appropriation des differents niveaux de priorite explique en partie les chiffres presentes. Afin de diminuer le risque d'erreurs associees au roulement de personnel, certains etablissements ont mis sur pied une formation destinee aux intervenants a l'AEO afin d'ameliorer la qualite des donnees saisies.

Deficience intellectuelle et troubles envahissants du developpement

Au niveau du programme-services deficience intellectuelle et troubles envahissants du developpement, on denote une amelioration generale des taux de respect des delais d'acces. Par rapport a l'an passe, en centre de readaptation, la situation s'est nettement amelioree avec une augmentation de plus de 20 % du taux de respect pour le niveau de priorite elevee.

Commentaires (suite)

Le CRDITED MCQ - IU est parvenu à répondre plus efficacement aux demandes de premier service lors de la deuxième moitié de l'année financière. Par conséquent, en comptabilisant uniquement les données issues des périodes 7 à 13, le taux de respect se situe à 81,3 %, ce qui démontre la volonté de l'établissement de mettre en place des mécanismes afin d'améliorer ses taux de respect. En ce qui a trait aux CSSS, comparativement à l'année précédente, les résultats s'améliorent aussi. Par contre, on note tout de même un écart par rapport aux cibles fixées. Des changements fréquents au niveau du personnel à l'AEO peuvent expliquer certaines erreurs de codification au niveau de I-CLSC en ce qui a trait à l'objet de la demande. De plus, certains facteurs hors du contrôle des établissements (roulement de personnel, vacances, congés de maladie, de maternité) entraînent des baisses d'effectifs, ce qui se répercute sur les délais d'attente pour un premier service.

Services spécialisés en dépendance
Bien qu'il n'y ait pas eu dépôt du programme régional comme tel, les travaux menés par Domremy MCQ ont permis d'atteindre, voire de dépasser, la cible fixée par le MSSS pour 2015 qui était de 80 %. En effet, le résultat régional en 2011-2012 indique que 87 % de la clientèle a accès aux services d'évaluation spécialisée dans un délai de 15 jours (indicateur 1.07.04).

Noms : Denis Brunette (sections déficiences) Mélanie Houle (dépendance)	Date : 15 mai 2012

AXE D'INTERVENTION	MÉDECINE ET CHIRURGIE
Objectifs de résultats	3.1.3. Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de 6 mois
	3.1.5. Assurer aux personnes atteintes de cancer les services à l'intérieur d'un délai de 28 jours

Indicateurs	Résultats[1] 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats[2] 2011-2012
Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie			
Dans un délai de 6 mois			
1.9.20.1 Pour une arthroplastie totale de la hanche	79,8 %	90 %	94,7 %
1.9.20.2 Pour une arthroplastie totale du genou	79,6 %	90 %	94,0 %
1.9.20.3 Pour une chirurgie de la cataracte	95,5 %	90 %	95,0 %
Dans un délai de 6 mois			
1.9.20.4 Pour une chirurgie d'un jour	98,9 %	90 %	94,0 %[3]
1.9.20.5 Pour une chirurgie avec hospitalisation	99,7 %	90 %	98,6 %[3]

Commentaires

Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie
Les résultats obtenus indiquent que l'ensemble des engagements ont été atteints. L'ouverture de deux nouvelles salles d'opération en ophtalmologie dans un établissement de la région a permis d'augmenter les priorités opératoires en orthopédie et ainsi atteindre les engagements pour les arthroplasties de la hanche et du genou.

[1] Résultats en date du 5 mai 2011 provenant de T-Big-Web
[2] Résultats en date du 6 mai 2012 provenant de T-Big-Web
[3] Résultats pour les chirurgies d'un jour et avec hospitalisation selon l'engagement régional de 12 mois

Commentaires (suite)
Pour les chirurgies d'un jour et les chirurgies avec hospitalisation, les cibles d'accessibilité établies dans le cadre des ententes de gestion visaient à ce que 90 % des patients soient opérés à l'intérieur de 12 mois, ce qui a été réalisé. **Radio-oncologie (indicateur 1.09.07)** Bien qu'aucun engagement n'ait été fixé dans le cadre de l'entente de gestion et d'imputabilité 2011-2012, il est possible de constater qu'au terme de l'exercice, 99,7 % des patients sont traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours, soit 1 578 sur 1 582 personnes. **Chirurgie oncologique (indicateur 1.09.33)** Aucun engagement n'a été déterminé pour 2011-2012 en regard de la chirurgie oncologique. Cependant, des travaux sont en cours au niveau de la gestion de l'accès pour ce type de traitement par les CSSS concernés, notamment pour s'assurer de bien identifier les chirurgies reliées au cancer. Entre 2012-2013 et 2015, des cibles graduelles seront fixées sur le pourcentage de chirurgies oncologiques réalisées dans un délai de 28 jours.
Noms : Parmélie Demers et Caroline Descôteaux — Date : 8 mai 2012

AXE D'INTERVENTION	URGENCES
Objectifs de résultats	3.1.6. Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence* pour les personnes sur civière Cet objectif constitue aussi une priorité régionale afin d'améliorer l'accessibilité aux services pour les personnes en fin de soins actifs dans le cadre des mesures de désencombrement des urgences.

** Plusieurs mesures du plan stratégique contribuent à l'atteinte de cet objectif.*

Indicateurs		Résultats[1] 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats[2] 2011-2012
1.09.31	Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	18,2 %[1]	≤ 15 %	17,2 %
1.09.03	Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière	4,0 %	≤ 1 %	3,6 %
1.09.01	Séjour moyen sur civière (durée)	14,5 heures	≤ 12 heures	14,0 heures
4.01.01	Nombre moyen de patients par CH en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits posthospitaliers et occupant des lits de courte durée	3,1	< 3	3,6
4.01.02	Nombre moyen de patients par CH en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée	0,4	< 3	1,0
4.01.03	Nombre moyen de patients par CH en attente de convalescence occupant des lits de courte durée	0,2	< 3	0,3
4.01.04	Nombre moyen de patients par CH en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée	3,3	< 3	3,5
4.01.05	Nombre moyen de patients par CH en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale	3,7	< 3	3,7
4.01.06	Nombre moyen de patients par CH en attente de ressources non institutionnelles occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale	0,6	< 3	0,7

Indicateurs		Résultats[1] 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats[2] 2011-2012
4.01.07	Nombre moyen de patients par CH en attente d'hébergement de longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée	0,6	< 3	0,6
4.01.08	Taux de déclaration en hébergement à partir du CHSGS des 75 ans et plus	5,3 %	< 5 %	5,89 %

[1] *Résultats en date du 13 mai 2011, sauf pour le séjour de 24 heures et plus sur civière en date du 6 mai 2012 puisque non suivi en 2010-2011*
[2] *Résultats en date du 2 mai 2012 T-Big-Web*

Commentaires

Séjours sur civière à l'urgence

Au cours de l'année 2011-2012, les urgences des différents établissements de la région ont fait l'objet d'un suivi quotidien par l'Agence concernant certains indicateurs, dont le nombre de patients séjournant depuis plus de 24 heures sur civière. Les urgences suivies par ces indicateurs sont celles des CSSS suivants : du Haut-Saint-Maurice, de l'Énergie, de Trois-Rivières (sites Cloutier-du Rivage et CHRTR), Drummond, d'Arthabaska-et-de-l'Érable, de Maskinongé (Comtois).

Le nombre de visites ainsi que le nombre de patients couchés sur civière dans les principales salles d'urgence de la Mauricie et du Centre-du-Québec ont une fois de plus augmenté cette année, soit respectivement de 1,2 % et de 4,2 %. Ceci prévaut également pour la clientèle âgée de 75 ans et plus couchée sur civière qui a connu une augmentation de 2,3 %.

Dans l'ensemble, les résultats obtenus démontrent une légère baisse quant à la durée moyenne de séjour et le nombre de patients séjournant depuis plus de 24 et 48 heures sur civière. Sur les 6 établissements suivis, trois ont atteint l'ensemble des cibles sur les séjours et 1 établissement en a atteint une seule. Malgré ces résultats, il n'en demeure pas moins que les cibles fixées régionalement n'ont pas été atteintes, principalement influencées par les résultats enregistrés au CSSS de Trois-Rivières (site CHRTR), le site Comtois du CSSS de Maskinongé ayant un volume moins important. Un facteur pourrait expliquer la non-atteinte des engagements, soit la faible accessibilité à un médecin de famille, particulièrement à Trois-Rivières. Bien que le taux des PREM en omnipratique ait atteint 82 % en 2011-2012, 162 000 clients sont toujours orphelins sur une population de près de 500 000 habitants dans notre région.

Toutefois, l'Agence a poursuivi sa coordination régionale au cours de l'année en s'assurant auprès des établissements de la mise en place de moyens pouvant améliorer la situation à l'urgence. Ainsi, ces actions ont permis de favoriser une plus grande fluidité de la clientèle sur civière ou hospitalisée. Le Comité régional de désencombrement des urgences, chapeauté par l'Agence, a tenu quelques rencontres au cours de l'année. Ceci a permis de réunir plusieurs professionnels attitrés à différents secteurs d'activités en lien avec l'urgence, dont ceux des pertes d'autonomie liées au vieillissement et de la santé mentale, afin d'évaluer et de convenir de solutions.

La Direction nationale des urgences du MSSS et l'Agence ont porté une attention particulière au CSSS de Trois-Rivières, compte tenu de l'écart important de cet établissement à l'atteinte des cibles visées. En collaboration avec l'équipe du Comité ministériel de coordination sur le désencombrement des urgences, les membres du comité régional ont effectué une visite au CSSS de Trois-Rivières le 26 janvier 2012. Cette visite visait à favoriser un échange avec les acteurs clés de l'organisation. Cette stratégie a permis, entre autres, de mieux comprendre les préoccupations de ce milieu ainsi que d'évaluer les perspectives de solutions favorisant une amélioration du continuum et de la qualité des soins et services. Un rapport de suivi de cette visite comprenant des recommandations a été transmis à l'établissement. L'Agence a demandé un plan d'action au CSSS de Trois-Rivières afin de proposer des pistes d'amélioration à mettre en œuvre.

Par ailleurs, l'Agence a continué de suivre l'évolution de la mise en place de l'organisation des services de première ligne. Ainsi, la Table médicale territoriale de Trois-Rivières en collaboration avec leur CSSS ont résolu, pour leur recrutement médical futur, que tous les nouveaux facturants doivent orienter leur profil de pratique en prise en charge en première ligne (AMP mixte). De plus, cette année, on a pu consolider le mécanisme de référence à l'urgence vers le Guichet d'accès aux clientèles orphelines ainsi que l'implantation d'un programme d'accueil clinique. Ces deux mesures ont permis de faciliter des corridors de services pour certains diagnostics ciblés entre les médecins de famille et les urgentologues.

Commentaires (suite)
Mesures sur l'occupation des lits de courte durée Pour les indicateurs de suivi en centre hospitalier qui concernent l'occupation des lits de courte durée pour les différentes clientèles, les cibles ont été atteintes dans l'ensemble. Pour les cibles reliées au nombre de personnes en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits de soins posthospitaliers et ceux en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée, on observe une amélioration significative pour les périodes 10 à 13 de l'année 2011-2012. Cette amélioration est en partie liée aux efforts déployés pour permettre aux personnes âgées de demeurer dans la communauté plutôt que d'être orientées en CHSLD à partir du centre hospitalier, ainsi qu'à la meilleure qualité des données (validité et fiabilité). Le résultat de l'indicateur relié aux personnes en attente de réadaptation montre des fluctuations en cours d'année pour atteindre en moyenne 3,8 personnes. Une plus grande disponibilité de places en unités transitoires de récupération fonctionnelle (UTRF), passant de 30 à 48 places, contribuera à l'atteinte de la cible visée. Même si le nombre total de patients de 75 ans et plus sur civière est demeuré stable à celui observé l'an dernier, on observe une augmentation du nombre de demandes d'hébergement pour atteindre un taux de 5,89 %. Au cours de la prochaine année, différentes mesures de soutien intensif à domicile et la création de ressources en évaluation-orientation devraient permettre de réduire les déclarations en hébergement à partir du centre hospitalier.
Noms : Lorraine Croteau (urgences) Lucie Fournier (occupation lits par clientèle âgée) — Date : 15 mai 2012

AXE D'INTERVENTION	SANTÉ MENTALE
Objectifs de résultats	2.2.5. Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de première ligne par une équipe multidisciplinaire
	2.2.6. Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les adultes ayant des troubles mentaux graves
	3.1.7. Assurer aux personnes ayant des problèmes de santé mentale l'accès : – aux services spécifiques de première ligne offerts par les CSSS à l'intérieur de 30 jours – aux services spécialisés de deuxième et de troisième ligne à l'intérieur de 60 jours

Actions régionales favorisant l'atteinte des objectifs de résultats	Résultats[1] 2011-2012
Formaliser des ententes de services de 3e ligne avec, entre autres, l'Institut universitaire en santé mentale Douglas et l'Institut Philippe-Pinel	En voie de réalisation

Commentaires
Accès aux services de santé mentale En ce qui a trait aux délais d'accès aux services de 1re ligne en santé mentale, nous sommes en attente d'un système d'information qui nous permettrait de suivre cette mesure de façon valide et fiable. Pour le moment, nous nous basons sur les données de la RAMQ. Celles-ci nous indiquent qu'il y aurait en moyenne dans la région un délai de 44,5 jours avant d'accéder à un suivi par une équipe de 1re ligne en santé mentale. On peut constater également à la lecture du tableau ci-dessous une diminution de 15,3 % du nombre de personnes adultes rejointes. Cette diminution est en grande partie attribuable à une modification dans le calcul de l'indicateur. Par ailleurs, le virage de la clientèle des équipes spécialisées de pédopsychiatrie vers les équipes santé mentale jeunesse 1re ligne constitue un défi pour certains territoires.

[1] Résultats en date du 4 mai 2012

Commentaires (suite)

Quant à l'augmentation des délais d'attente pour les services de 2e ligne, deux territoires nous préoccupent davantage, soit celui du CSSS de Trois-Rivières et celui du CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable. Ceux-ci peuvent s'expliquer, d'une part, par le manque important de psychiatres et de pédopsychiatres et, d'autre part, pour le territoire de Trois-Rivières, par la prise en charge d'une partie de la clientèle desservie par le Dr Mailloux. L'organisation des services est à parfaire pour la clientèle jeunesse.

	Résultats 2010-2011	Résultats 2011-2012
Nombre de personnes rejointes par les services de 1re ligne	Jeunes : 1 219 Adultes : 3 620	Jeunes : 1 233 Adultes : 3 115*
Nombre de personnes en attente de plus de 60 jours pour des services de 2e ou 3e ligne (1.08.12)	Jeunes : 84 Adultes : 368	Jeunes : 114 Adultes : 443
Soutien d'intensité variable dans la communauté (SIV) – Nombre moyen d'adultes (1.08.05)	476	504
Soutien intensif dans le milieu (SIM) – Nombre moyen d'adultes (1.08.06)	272	264

Source : GESTRED et T-Big-Web
** Cette donnée inclut le facteur de correction.*

Le défi pour le soutien intensif et le soutien d'intensité variable est de développer une approche proactive afin d'aller vers la population pour rejoindre davantage la clientèle visée par ces services.

Concernant la mesure du psychiatre répondant, actuellement deux territoires sur huit ont débuté des activités de soutien aux équipes de 1re ligne en CSSS et aux omnipraticiens de leur réseau local de services (RLS). La pénurie de psychiatres dans la région est aussi un enjeu pour le développement de cette mesure.

Ententes pour des services de 3e ligne

En ce qui a trait aux travaux visant les arrimages avec les services spécialisés de 3e ligne, l'identification de l'offre de services pouvant être déployée par le Centre hospitalier Douglas pour notre région relativement au traitement des troubles de comportements alimentaires est en cours de réalisation. À ce jour, des arrimages sont prévus pour le transfert des connaissances (formation aux équipes de 1re et 2e ligne de la région), et la mise en place de processus de liaison pour le support à l'évaluation et au traitement des personnes prises en charge par les établissements de notre région. Des démarches semblables sont projetées avec le Centre hospitalier Sainte-Justine.

Noms : Véronique Arès et Guy Godin (clientèle adulte) Julie Desaulniers (clientèle jeunesse)	Date : 4 mai 2012

AXE D'INTERVENTION	CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES
Objectifs de résultats	4.1.3. Maintenir les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale inférieurs ou égaux aux seuils établis

Indicateurs	Résultats 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats[1] 2011-2012
Tous les établissements dont les taux sont supérieurs aux seuils établis pour les infections nosocomiales à surveillance provinciale ont reçu des recommandations de l'Agence	Non suivi dans cette forme en 2010-2011	100 % des établissements suivis	100 %

Commentaires	
Le CSSS Drummond a fait l'objet d'un accompagnement par l'Agence suite à un dépassement important du taux d'incidence attendu pour la diarrhée associée au Clostridium difficile (DACD). La mise en œuvre d'un plan d'action a permis un retour sous le seuil établi pour les dernières périodes. Le CSSS de Trois-Rivières a un taux annuel légèrement plus élevé que le seuil attendu. La situation s'est détériorée depuis les deux dernières années. Pendant huit périodes au cours de la dernière année, il a atteint des taux d'incidence élevés. Il fait donc l'objet d'un suivi particulier par l'Agence afin de résorber ces taux.	
Nom : Danièle Samson	Date : 3 mai 2012

Résultats en date du 3 mai 2012

AXE D'INTERVENTION	DISPONIBILITÉ ET UTILISATION OPTIMALE DE LA MAIN-D'ŒUVRE DU RÉSEAU
Objectifs de résultats	5.1.3. Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre aux paliers local, régional et national de façon à identifier et à mettre en œuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles
	5.1.4. Assurer une utilisation optimale des compétences du personnel par la mobilisation des établissements à réaliser une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail
	5.1.5. Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activités
	5.1.6. Réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activités cliniques

Indicateurs		Résultats[1] 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats[2] 2011-2012
3.08	Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre	Non suivi en 2010-2011	100 %	100 %
3.09	Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	Non suivi en 2010-2011	Aucun engagement pour l'année	100 %
3.05.01	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	5,52 %	4,96 %	5,45 %
3.05.02	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	3,39 %	3,10 %	3,56 %
3.06.01	Pourcentage des heures travaillées par du personnel clinique à l'emploi des agences privées – infirmières	0,73 %	0,96 %	0,44 %
3.06.02	Pourcentage des heures travaillées par du personnel clinique à l'emploi des agences privées – infirmières auxiliaires	0,29 %	0,46 %	0,44 %
3.06.03	Pourcentage des heures travaillées par du personnel clinique à l'emploi des agences privées – préposés aux bénéficiaires	0,09 %	0,15 %	0,27 %

Commentaires	
L'Agence assure un monitorage de la situation et fait le point périodiquement avec les directeurs des ressources humaines des établissements. Nous sommes très conscients de l'interdépendance de ces indicateurs à ceux reliés à la présence au travail et à la disponibilité de la main-d'œuvre dans certaines disciplines en rareté, voire en pénurie dans certains cas. Nonobstant les objectifs poursuivis spécifiquement, l'Agence accorde la primauté au maintien de l'offre et de l'accès aux services pour la population.	
Nom : Serge Beauchamp	Date : 17 mai 2012

Résultats en date du 5 mai 2011 provenant de T-Big-Web
Résultats en date du 6 mai 2012 provenant de T-Big-Web

AXE D'INTERVENTION	RÉTENTION ET MIEUX-ÊTRE AU TRAVAIL
Objectifs de résultats	5.2.1 Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du Ministère en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé
	5.2.2 Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail

Indicateurs	Résultats[1] 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats[2] 2011-2012
3.13 Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	Non suivi en 2010-2011	100 % des établissements sont inscrits dans un processus d'accréditation de type Entreprise en santé	91,7 %
3.01 Ratio des heures en assurance salaire par rapport aux heures travaillées	5,73 %	5,19 %	5,95 %
Pourcentage des établissements ayant mis en œuvre un programme de soutien à la relève professionnelle	Non suivi en 2010-2011	Définition de la stratégie régionale pour l'élaboration d'un cadre de référence qui interpelle l'ensemble du réseau	100 % des établissements ont un programme de soutien

Commentaires
Amélioration du climat de travail Eu égard à l'amélioration du climat de travail, hormis un établissement dont le choix d'un processus d'accréditation sera fait dans le cadre de l'élaboration de sa planification stratégique 2012-2015 et du fait qu'il soit issu d'une fusion depuis le 1er avril 2011, tous les établissements ont fait le choix du processus privilégié. Deux établissements ont choisi de s'inscrire dans la démarche Planetree alors que neuf ont privilégié l'approche Entreprise en santé. Certains ont amorcé le processus conduisant à l'accréditation, et ce, de façon arrimée au calendrier du processus d'agrément auquel ils sont assujettis. L'Agence apportera un soutien financier ponctuel de 40 000 $ à chaque établissement au moment où ils réaliseront la démarche pour une première fois. Des rencontres d'information ont été organisées par l'Agence afin de permettre aux établissements de détenir l'information nécessaire à la prise de décision.

Commentaires (suite)	
Présence au travail En ce qui a trait à la présence au travail, l'Agence assure un monitorage de la situation et fait le point périodiquement avec les directeurs des ressources humaines. Une session de travail régionale a été organisée dans le but de permettre aux directions des ressources humaines de bien s'approprier les différentes variables qui influencent la présence au travail, de partager leurs pratiques en matière de gestion de dossier de santé du personnel et, enfin, d'identifier des actions régionales à mettre éventuellement en place pour aider les établissements à composer avec le phénomène d'absentéisme dû à la maladie. **Relève professionnelle** Finalement, en ce qui concerne la relève professionnelle, tous les établissements ont accès et utilisent le programme de soutien au préceptorat. La stratégie régionale consiste à diffuser les paramètres de préceptorat et d'assurer l'accès au financement disponible.	
Nom : Serge Beauchamp	Date : 17 mai 2012

Résultats de la période 12 en date du 13 mai 2011 provenant de T-Big-Web
Résultats en date du 19 avril 2012
Les résultats de l'indicateur 3.01 sont ceux de la période 12 en date du 17 mai 2012 provenant de T-Big-Web.

AUTRES PRIORITÉS RÉGIONALES ET ATTENTES DU PDG DE L'AGENCE

Note : Plusieurs priorités régionales et attentes du PDG ont été présentées dans des fiches précédentes.

Santé publique	**2010-2011**	**2011-2012**
Augmentation des femmes ayant accouché dans l'année de référence et suivies dans les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)	93,3 %	94,7 %
Augmentation des enfants recevant en CSSS (mission CLSC) leur première dose de vaccins dans les délais convenus :	Délai de 14 jours :	
1.01.14 Contre DCaT-Polio-Hib	79,1 %	81,0 %
1.01.15 Contre méningocoque de sérogroupe C	54,5 %	64,0 %
1.01.16.01 Contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO)	Non suivi	63,0 %

Projets de révision des processus de soins et de services ou de réorganisation du travail	**Résultats 2011-2012**
9 établissements ont assuré l'inscription d'un gestionnaire au programme court du LIRISS	Réalisé
Avoir complété la révision des processus de buanderie dans tous les établissements et établi le modèle d'organisation régional	2 des 3 étapes réalisées : Optimisation des buanderies actuelles (local avant de penser regroupement), optimisation additionnelle par l'analyse des regroupements potentiels
Avoir complété l'optimisation et l'harmonisation du cycle de paie dans tous les établissements et l'Agence	80 % des établissements ont complété
Tous les projets inscrits au plan de réalisation du projet régional de systèmes automatisés et robotisés pour la distribution des médicaments (SARDM) approuvés par le Ministère sont réalisés	Phase I réalisée Phase II en cours

Projets de révision des processus de soins et de services ou de réorganisation du travail (suite)	Résultats 2011-2012
Bilans des projets d'optimisation de services d'ergothérapie à domicile acceptés par l'Agence sont déposés à l'Agence	Bilans des projets seront déposés le 15 mai 2012
Plan régional des ressources informationnelles (PSRRI), dont les livrables suivants : –plan de déploiement de l'annuaire d'authentification régional –plan de déploiement de l'authentification unique des utilisateurs *Note : Les résultats en lien avec le plan régional de regroupement des centres de traitement de données (centres serveurs) et le plan d'optimisation des parcs des postes de travail ont été présentés dans la première fiche sur les mesures d'optimisation.*	Réalisé Réalisé
Services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples associés à un haut niveau de dangerosité	**Résultats 2011-2012**
Compléter la mise en œuvre des quatre mesures définies au complément des orientations régionales : –création d'un centre d'expertise et de formation sur les troubles de comportement –mise sur pied d'une ressource de transition d'évaluation et d'intervention intensive pour la clientèle DI-TED avec troubles graves du comportement (TGC) –organisation d'un service d'hospitalisation et d'hébergement sécuritaires –organisation d'un service d'évaluation externe	1 mesure est opérationnelle (ressource pour la clientèle DI-TED avec TGC) 3 mesures sur 4 sont en voie de réalisation
Soutien aux organismes communautaires	**Résultats 2011-2012**
Rehausser significativement le financement des organismes communautaires (augmentation récurrente de 1 677 600 $)	Réalisé

Commentaires

Services intégrés de périnatalité et de la petite enfance (SIPPE)

Note : Cet indicateur mesure un seul critère de vulnérabilité SIPPE, soit la faible scolarité. Le faible revenu n'est pas considéré dans le calcul.

La donnée de référence pour fixer l'engagement régional était de 80 % (2009-2010). L'augmentation a donc été plus importante que celle prévue (81 %). En effet, au 31 mars 2012, le nombre de femmes ayant accouché dans l'année et recevant des SIPPE était de 501, correspondant à un pourcentage de 94,7 %.

L'intensité des services rendus demeure toutefois un enjeu important pour tous les CSSS. L'intensité prévue dans le programme est de 0,5 visite par semaine en moyenne. Au 31 mars 2012, cette moyenne variait de 0,13 à 0,36 selon les CSSS. Les études démontrent que la période la plus pertinente pour intervenir est la périnatalité et la petite enfance. Par conséquent, les équipes 0-5 ans des établissements sont fortement sollicitées par différentes prestations de services telles que SIPPE, implantation de la Politique de périnatalité 2008-2018, plan d'action en promotion de la vaccination, offres de services aux jeunes en difficulté, etc.

Vaccins ciblés chez les jeunes enfants

Note : Les résultats 2010-2011 sont ceux pour le délai de 14 jours afin d'établir une comparabilité.

De façon générale, pour les CSSS en milieu urbain, les engagements sont atteints ou s'en rapprochent. Les cliniques de vaccination en milieu rural (près du milieu de vie) par les CSSS demeurent une mesure efficace pour l'acceptation de la vaccination et l'accessibilité à ces services, ainsi qu'une mesure très appréciée des parents. Toutefois, le revers de la médaille se situe au niveau du délai convenu. En effet, une clinique mensuelle rend difficile le respect du délai prescrit de 14 jours pour les territoires ruraux.

Commentaires (suite)

Pour l'année 2012-2013, les processus de prise de rendez-vous et de rappels aux parents seront révisés pour une meilleure gestion, particulièrement pour les vaccins à l'âge d'un an (méningocoque et RRO).

Programme court LIRISS
Au cours de l'exercice, neuf établissements ont inscrit un ou plusieurs gestionnaires au programme court en gestion de la performance en santé et services sociaux dispensé par la Chaire IRISS de l'UQTR. Ainsi, 25 gestionnaires ont chacun réalisé, dans le cadre de ce programme, un projet d'optimisation soutenu par la direction de leur établissement. À ces projets, 24 démarches d'optimisation se sont ajoutées en collaboration avec la Chaire IRISS. Outre des rencontres avec les directions d'établissements et les activités de formation portant sur le concept de Lean Management, dont certaines sont dispensées dans le cadre de séminaires destinés aux directeurs généraux et aux directeurs généraux adjoints, une première communauté de pratique a été constituée et regroupe des gestionnaires provenant de plusieurs établissements de la région. L'Agence a négocié avec les représentants de la Chaire IRISS de l'UQTR les différentes modalités permettant le développement du programme court de gestion de la performance et la mise en œuvre de différentes activités, dont un programme de recherche favorisant le développement d'une culture régionale axée sur l'amélioration de la performance. L'Agence assure, en collaboration avec le Ministère, le financement du volet recherche et développement à la hauteur de 80 000 $ annuellement. De plus, l'Agence assure un soutien financier non récurrent pour la réalisation, par un établissement ou un collectif d'établissements, de certaines démarches d'optimisation dans la mesure où l'établissement participe au financement des coûts de réalisation de telles démarches, que le projet soit véritablement porteur d'économies ou d'améliorations des services à la clientèle et que celui-ci soit exportable à d'autres établissements.

Services de buanderie
Les deux étapes réalisées ont permis une diminution des coûts de production, l'augmentation des volumes et la productivité de 2008-2009 à 2010-2011. Cette réalisation a également permis d'identifier les cibles d'optimisation sur lesquelles ils peuvent agir localement et individuellement.

L'étape à réaliser en mai-juin 2012 se situe au niveau de la consommation et du coût de traitement du linge personnel des résidents pour élaborer des indicateurs de comparaison permettant à chaque établissement de situer sa consommation à des standards attendus par secteur d'activités.

Projet régional de systèmes automatisés et robotisés pour la distribution des médicaments (SARDM)
En ce qui a trait à l'évolution du projet régional SARDM, le déploiement de la phase II a débuté officiellement le 30 juin 2011 et se terminera le 31 décembre 2012.

Phase plus complexe à supporter, compte tenu :
- des ressources humaines limitées des établissements pour gérer le changement;
- de l'impact de l'acquisition requise d'interfaces pour assurer le fonctionnement des nouvelles technologies avec les équipements en place;
- de l'absence d'une culture de gestion de projet et un mode de communication transversale formalisée dans bon nombre d'établissements;
- des négociations répétées avec certains fournisseurs pour assurer le respect des contrats.

Services d'ergothérapie à domicile
En lien avec la rareté des ressources, tous les CSSS ont présenté un projet accepté par l'Agence afin d'optimiser ces services. En 2012-2013, une reddition de comptes régionale sera mise en place pour monitorer la réduction des délais d'accès et le nombre de personnes rejointes.

Plan stratégique régional en ressources informationnelles
Le plan de déploiement de l'annuaire d'authentification régional a été réalisé (analyse préliminaire). La prochaine étape sera le dossier d'affaires, alimenté par l'expérience de déploiement en cours au CSSS de Trois-Rivières et à l'Agence.

Le plan de déploiement de l'authentification unique des utilisateurs a aussi été réalisé (analyse préliminaire). La prochaine étape sera le dossier d'affaires, alimenté par une expérience pilote au CSSS de l'Énergie.

Commentaires (suite)

Cycle de paie
L'optimisation du cycle de paie a amorcé la phase d'harmonisation régionale par la cartographie de ce processus dans chacun des établissements. Le résultat de cet exercice permettra de jeter les bases pour l'intégration d'un traitement de paie regroupé pour plusieurs établissements.

Services aux personnes ayant des problématiques multiples
Au 31 mars 2012, les travaux préliminaires à l'élaboration des propositions d'offre de services mettant à contribution l'ensemble des établissements de la région sont complétés. Conséquemment, les établissements mandataires ont élaboré ou sont en élaboration de leurs propositions respectives pour la mise en œuvre des mesures. Toutefois, il est à noter qu'une mesure sur quatre est opérationnelle. Cette mesure réfère à une ressource de transition de quatre lits offrant un service d'évaluation et d'intervention intensive à la clientèle adulte du CRDITED MCQ - IU ayant des problèmes de comportements sévères et persistants jugés graves dont l'état ne justifie pas, ou ne justifie plus, une hospitalisation, mais dont les besoins d'intervention sont plus importants qu'un suivi ponctuel en clinique externe.

Malgré l'importance des étapes franchies jusqu'à maintenant, il convient de préciser que l'avancement de ce dossier demeure complexe et nécessite un leadership transformationnel. L'Agence assume un rôle de leadership dans la mise en œuvre du complément aux orientations régionales concernant les services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples. Ceci se traduisant par la coordination des travaux entourant la structure d'implantation des quatre mesures du complément. Plus précisément, l'Agence pilote un comité de suivi à l'implantation et des groupes de travail mis en place spécifiquement pour les mesures assurant ainsi la liaison et l'harmonisation des actions dans une perspective régionale.

À titre indicatif, voici quelques exemples des différentes actions posées dans la séquence menant à la mise en œuvre des mesures du complément par l'Agence avec la collaboration des établissements de la région :
- Élaboration d'un protocole d'arrimage quant au partage global de l'offre de services concernant la clientèle présentant des problématiques multiples;
- Conception d'un guide d'objectivation des comportements à caractère dangereux. Ce guide a pour principal objectif d'être en soutien aux intervenants du réseau de la santé et des services sociaux de la région qui œuvrent auprès de personnes présentant des comportements problématiques;
- Analyse de la pertinence de dédier un équivalent temps complet en psychiatrie au plan régional d'effectif médical pour 2013 en lien avec les mesures du complément.

Noms : Fernand Guillemette (vaccination) Serge Beauchamp (LIRISS et SARDM) Isabelle Moreau (multiproblématiques) Nancy Lemay (services de buanderie) Julie Michaud (services d'ergothérapie à domicile) Boris Gueissaz-Teufel (ressources informationnelles) Mario Gélinas (cycle de paie)	Date : 22 mai 2012

ANNEXE A : CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE APPLICABLE AUX MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC

Adopté par le conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec lors de son assemblée du 18 juin 2003.

SECTION 1 - PRÉAMBULE

Le présent code d'éthique et de déontologie s'applique aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux.

Il se veut respectueux des principes et règles édictés par le Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics décrété en vertu de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif, ainsi que des dispositions pertinentes de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Le code doit informer les membres du conseil des obligations prévues aux différentes lois et règlements. Cette contrainte impose un certain calque de ces dispositions incontournables tout en les explicitant et illustrant en fonction du contexte de la mission de l'Agence de la santé et des services sociaux et des fonctions de ses administrateurs.
Les administrateurs placés devant un dilemme d'éthique peuvent bénéficier d'un service de support-conseil auprès du répondant de l'Agence de la santé et des services sociaux sur ces questions.

SECTION 2 - BUT, OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

2.1 Le présent code a pour but de préserver et renforcer la confiance des citoyennes et citoyens des régions du Centre-du-Québec et de la Mauricie dans l'intégrité et l'impartialité des membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux, de favoriser la transparence, de responsabiliser les administrateurs, ainsi que de maintenir un haut niveau de qualité des services de santé et des services sociaux.

2.2 Conformément à l'article 35 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, le présent code établit les principes d'éthique et les règles de déontologie applicables aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux.

2.3 Les principes d'éthique, devant servir de guide aux administrateurs afin de les aider à juger de la justesse de leurs comportements dans l'exercice de leur fonction, tiennent compte de la mission de l'Agence de la santé et des services sociaux, des valeurs qui sous-tendent son action ainsi que de ses principes généraux de gestion.

2.4 Les règles de déontologie font état des devoirs, obligations et responsabilités des administrateurs.

SECTION 3 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

3.1 Les administrateurs, selon les statuts qui leurs sont propres, doivent dans l'exercice de leurs fonctions, respecter l'ensemble des principes d'éthique et des règles de déontologie qui leur sont applicables selon ces différents statuts.

3.2 En cas de divergence entre le présent code et les dispositions de la loi, du règlement ou d'autres codes d'éthique et de déontologie applicables à l'administrateur, les règles et les principes les plus exigeants s'appliquent. En cas de doute, l'administrateur doit agir selon l'esprit de ces principes et règles.

3.3 L'administrateur ne peut se soustraire, même indirectement, à une obligation ou à un devoir contenu dans le présent code.
3.4 L'administrateur qui, à la demande de l'Agence de la santé et des services sociaux, exerce des fonctions d'administrateur dans un autre organisme ou entreprise, ou en est membre, est tenu aux mêmes obligations.
3.5 La présidence du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux doit s'assurer du respect des principes d'éthique et des règles de déontologie par les membres du conseil.
3.6 L'Agence de la santé et des services sociaux doit prendre les mesures nécessaires pour assurer la confidentialité des informations fournies par les administrateurs en application du présent code.

SECTION 4 - PRINCIPES D'ÉTHIQUE

4.1 L'administrateur est désigné pour contribuer, dans le cadre de son mandat, à la réalisation de la mission de l'Agence de la santé et des services sociaux et, le cas échéant, à la bonne administration de ses biens.
4.2 L'administrateur agit dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés et dans le respect du droit, avec soin, prudence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable.
4.3 La contribution de l'administrateur se fait avec honnêteté, loyauté, diligence, efficacité, assiduité et équité, dans l'intérêt de l'Agence de la santé et des services sociaux et de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec.
4.4 L'administrateur fait fi de toute pression ou influence indue dans l'exercice de ses fonctions.
4.5 L'administrateur témoigne d'un constant souci du respect du droit des personnes aux services de santé et aux services sociaux.
4.6 L'administrateur centre ses décisions et ses actions sur les besoins de santé et de bien-être de l'ensemble de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec.
4.7 L'administrateur veille à ce que l'organisation et la gestion du système régional de santé et de services sociaux assurent des services accessibles, intégrés et de qualité, tout en tenant compte des particularités régionales et des ressources disponibles, le tout en fonction des politiques et orientations gouvernementales.
4.8 L'administrateur reconnaît que le fait d'être membre du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux ne donne aucun pouvoir ou privilège quant aux services de santé et services sociaux auxquels une personne a droit. Il ne peut laisser entendre le contraire.
4.9 L'administrateur s'abstient de toute forme de discrimination.

SECTION 5 - RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

A) RELATIVES AUX TRAVAUX ET RÉUNIONS DU CONSEIL

L'administrateur doit :

5.1 Se préparer adéquatement et s'assurer de bien comprendre la portée des décisions à prendre.
5.2 S'assurer que les données pertinentes et les enjeux reliés à la prise de décision lui sont fournis.
5.3 S'assurer qu'il dispose de l'espace réflexif requis à l'égard des enjeux en cause.
5.4 S'assurer d'un suivi des décisions du conseil.
5.5 Se contraindre à la discrétion sur ce dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions.
5.6 Respecter à tout moment le caractère confidentiel des débats, échanges et discussions, ainsi que celui des informations écrites et verbales reçues.
5.7 Assister aux réunions du conseil et signifier son absence en cas d'empêchement.
5.8 Respecter les règles régissant la procédure des réunions du conseil, reconnaître l'autorité de la présidence et la souveraineté de l'assemblée.
5.9 Participer aux travaux dans un esprit de concertation, poser, le cas échéant, les questions nécessaires à sa bonne compréhension, exprimer son opinion, chercher à influencer et accepter d'être influencé par l'opinion de ses collègues.

5.10 Conserver une attitude de respect et de dignité face aux différents publics.
5.11 Préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.
5.12 Traiter toute personne avec courtoisie et respect.
5.13 Ne jamais porter atteinte à la vie privée d'une personne.
5.14 Éviter de tenir des propos susceptibles d'entacher la réputation d'une personne.
5.15 Être loyal et honnête envers ses collègues et le personnel de l'Agence de la santé et des services sociaux et maintenir des relations empreintes de bonne foi. En conséquence :
- respecter leurs droits et privilèges;
- reconnaître leur probité;
- ne jamais se rendre coupable envers eux d'un abus de confiance et de procédés déloyaux;
- demander le huis clos avant d'exprimer un doute sur leur intégrité et bonne foi.

5.16 Attendre le moment du débat pour exprimer son opinion.
5.17 Voter lorsque requis ou signifier son abstention.
5.18 Éviter de se substituer aux porte-parole officiels de l'Agence de la santé et des services sociaux et transmettre fidèlement, le cas échéant, les orientations générales de l'Agence et s'abstenir de tout commentaire susceptible de porter atteinte à sa réputation.

B) RELATIVES À LA PARTISANERIE

5.19 L'administrateur doit prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisanes.
5.20 La présidence et la présidence-direction générale doivent faire preuve de réserve dans la manifestation publique de leurs opinions politiques.
5.21 L'administrateur qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le président.
5.22 La présidence et la présidence-direction générale doivent informer le secrétaire général du conseil exécutif de leur intention de présenter leur candidature à une charge publique élective.
5.23 La présidence et la présidence-direction générale doivent se démettre de leurs fonctions s'ils veulent se porter candidat à une charge publique élective.

C) RELATIVES AUX CONFLITS D'INTÉRÊTS

L'administrateur doit :
5.24 Faire preuve d'indépendance, agir à titre personnel, et ne représenter d'aucune façon les intérêts particuliers des personnes, groupes, organismes, associations ou territoires desquels il est issu. L'administrateur n'est pas en conflit d'intérêts du seul fait qu'il provient d'un milieu, d'un secteur ou d'un organisme ayant proposé sa candidature pour fin de désignation au conseil.
5.25 Dénoncer par écrit au président du conseil tout intérêt, direct ou indirect, actuel ou éventuel, dans un organisme, une entreprise ou une association qui met ou pourrait mettre en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence de la santé et des services sociaux.
5.26 S'abstenir, le cas échéant, de siéger et de participer à toute délibération ou décision portant sur l'organisme, l'entreprise ou l'association dans lequel il a un intérêt personnel et se retirer pour la durée des délibérations et du vote relatif à cette question. Conformément à l'article 5.24 du présent code, l'administrateur n'est pas en conflit d'intérêts du seul fait que le proposeur de sa candidature soit concerné par la question.
5.27 S'abstenir, dans le cas de la présidence-direction générale, d'avoir un intérêt direct ou indirect mettant en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence de la santé et des services sociaux et, si un tel intérêt lui échoit par succession ou donation, y renoncer ou en disposer avec diligence.
5.28 Organiser ses affaires personnelles de telle sorte qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions.
5.29 Dissocier de l'exercice de ses fonctions, la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires.
5.30 Éviter de se placer dans une situation de conflit entre son intérêt personnel et les obligations de ses fonctions.
5.31 S'abstenir d'utiliser à son profit ou au profit de tiers l'information obtenue dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions.
5.32 S'abstenir ni tenter de prendre connaissance d'une information confidentielle de l'Agence de la santé et des services sociaux qui n'est pas requise dans l'exercice de ses fonctions.

5.33 Éviter de confondre les biens de l'Agence de la santé et des services sociaux avec les siens et de les utiliser à son profit ou au profit de tiers.
5.34 Refuser toute rémunération ou indemnisation non prévue pour l'exercice de ses fonctions au sein du conseil.
5.35 Refuser tout cadeau, marque d'hospitalité ou autre avantage qui ne serait pas d'usage et d'une valeur modeste. Tout autre cadeau, marque d'hospitalité ou autre avantage reçu doit être retourné au donateur ou à l'État.
5.36 S'abstenir d'accorder, solliciter, exiger ou accepter, directement ou indirectement, une faveur, un avantage ou considération indue pour lui-même ou pour un tiers.
5.37 Éviter, dans la prise de ses décisions, de se laisser influencer par des offres d'emploi.

D) RELATIVES À L'APRÈS-MANDAT

L'administrateur qui a cessé d'exercer ses fonctions doit :
5.38 Se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus de ses fonctions antérieures au sein du conseil de l'Agence de la santé et des services sociaux.
5.39 Respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration.
5.40 S'abstenir de donner à quiconque des conseils fondés sur de l'information non disponible au public concernant l'Agence de la santé et des services sociaux, un établissement ou un autre organisme ou entreprise avec lequel il avait des rapports directs importants au cours de l'année qui a précédé la fin de son mandat.
5.41 S'abstenir, dans l'année qui suit la fin de son mandat, d'agir au nom ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'Agence de la santé et des services sociaux fait partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.

SECTION 6 - PROCESSUS D'EXAMEN ET DE SANCTIONS

6.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou toute autre disposition prévue par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut être sanctionné.
6.2 Tout administrateur qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir au présent code doit en saisir le président du conseil ou le vice-président, si le président est en cause.
6.3 Si le président du conseil, ou le vice-président, arrive à la conclusion qu'il y a eu manquement ou omission, il doit en informer sans délai le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif qui agit alors conformément aux articles du chapitre du Règlement relatif au processus disciplinaire.
6.4 La sanction peut consister en une réprimande, une suspension d'une durée maximale de trois mois ou la révocation.
6.5 L'administrateur éventuellement informé qu'une enquête est tenue à son sujet doit s'abstenir de communiquer, directement ou indirectement, avec la personne qui aurait demandé la tenue de l'enquête.
6.6 L'administrateur à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie peut être relevé provisoirement de ses fonctions par l'autorité compétente, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans le cas présumé de faute grave.
6.7 L'administrateur qui reçoit un avantage à la suite d'un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu.

SECTION 7 - IMMUNITÉ

Ne peuvent être poursuivies en justice, en raison d'actes accomplis de bonne foi, les personnes qui dénoncent un manquement ou une omission relative au présent code.

SECTION 8 - DIFFUSION DU CODE ET INFORMATION DU PUBLIC

8.1 L'Agence de la santé et des services sociaux doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration à toute personne qui en fait la demande.

8.2 L'Agence de la santé et des services sociaux doit publier dans son rapport annuel le code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration.

8.3 Le rapport annuel de gestion de l'Agence de la santé et des services sociaux doit faire état pour l'année écoulée :

- du nombre de cas traités et de leur suivi;
- du nombre et de la nature des manquements constatés;
- des décisions et sanctions imposées;
- du nom des administrateurs révoqués ou suspendus.

SECTION 9 - MÉCANISME D'APPLICATION DU CODE

9.1 L'Agence de la santé et des services sociaux doit fournir un exemplaire du code d'éthique et de déontologie à chacun des membres du conseil d'administration et lui en expliquer la teneur.

9.2 Dès son entrée en fonction, tout membre du conseil doit s'engager à respecter le présent code et signer à cet effet l'annexe A.

9.3 Dès son entrée en fonction, tout membre du conseil doit remplir, signer et remettre la déclaration d'intérêt et doit amender cette déclaration dès qu'il connaît un élément nouveau qui devrait s'y ajouter.

SECTION 10 - MODALITÉS TRANSITOIRES

Dans les trente jours de l'adoption du présent code, les membres du conseil d'administration doivent remplir et signer l'ensemble des annexes prévues.

UNIS
dans TOUS les
SENS

CENTRE ADMINISTRATIF
550, rue Bonaventure, Trois-Rivières (Québec) G9A 2B5
Téléphone : 819 693-3636 | Télécopieur : 819 373-1627

BUREAU
350, rue Saint-Jean, Drummondville (Québec) J2B 5L4
Téléphone : 819 477-6221 | Télécopieur : 819 477-9443

www.agencesss04.qc.ca

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Mauricie
et du Centre-du-Québec
Québec